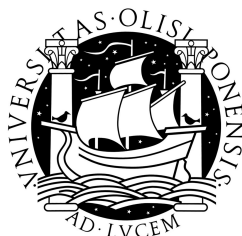


UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA



**CUIDADOS DE SAÚDE ORAL PRESTADOS
A IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

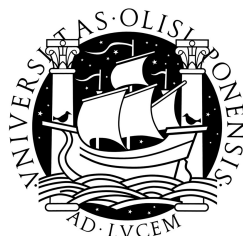
Bernardo Melo Sousa Neves

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2011

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA



**CUIDADOS DE SAÚDE ORAL PRESTADOS
A IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Bernardo Melo Sousa Neves

Dissertação orientada pela Professora Doutora Sofia Arantes e Oliveira

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2011

RESUMO

Introdução: O envelhecimento da população assume cada vez maior importância em Portugal. Individualmente, o envelhecimento vai ser responsável por alterações fisiológicas e patológicas, tanto sistémicas como orais. Estas alterações acarretam em muitos casos níveis elevados de dependência do idoso, aumentando a necessidade em recorrer a estruturas sociais para garantir o acompanhamento destes idosos, nomeadamente os lares. Os cuidados de saúde oral nestas instituições ficam a cargo dos prestadores de cuidados, dependendo a sua qualidade do nível de conhecimentos dos cuidadores e das políticas de saúde oral implementadas na instituição.

Objectivos: Revisão da literatura sobre cuidados de saúde oral prestados, pelos cuidadores, aos idosos institucionalizados e sobre as necessidades especiais desta população. Recolha de dados sobre normas implementadas pelas direcções de lares de idosos e conhecimentos e práticas dos cuidadores para assegurar a manutenção da saúde oral dos idosos.

Métodos: Revisão narrativa com pesquisa bibliográfica sobre o tema. Execução e aplicação de dois questionários, um à direcção dos lares e outro aos cuidadores, em 4 lares de idosos na região de Lisboa.

Resultados: Apenas um dos lares apresenta normas para os procedimentos de higiene oral dos idosos. A população de cuidadores avaliados (n=38) pertence integralmente ao sexo feminino, cerca de 37% não recebeu formação sobre higiene oral desde que iniciou a actividade com idosos. Aproximadamente 60% dos cuidadores refere práticas de higiene oral cuidadas com os idosos parcialmente dependentes, aumentando esta atenção para os 80% no caso dos funcionalmente dependentes.

Conclusão: De uma forma geral, os lares avaliados não apresentam normas para os procedimentos que garantam a manutenção da condição de saúde oral do idoso, os cuidadores têm uma formação pouco específica para o trabalho desempenhado e demonstram conhecimentos insuficientes sobre conceitos de saúde oral. No entanto, referem realizar procedimentos de higiene oral dedicados nos idosos.

Palavras-Chave: saúde oral, idoso, institucionalizado, cuidador, lar de idosos

ABSTRACT

Introduction: Population ageing is of increasing importance in Portugal. Ageing will affect the individual causing physiologic and pathologic changes, both systemic and oral. These changes are associated with high levels of dependency, increasing the need of long term care facilities to ensure the elderly needs. Oral health care, in these institutions, is provided by caregivers, depending this quality of care from the caregivers' knowledge and health care policies from the institution.

Objectives: Literature review of the oral health care provided to institutionalized elderly by caregivers, and the causes of special needs amongst that population. Data collection on the existing policies in long term care facilities, and caregivers' practices and knowledge to maintain the good oral health of the elderly.

Methods: Literature review. Construction and application of two questionnaires one addressed to the facility administration and the other to the caregivers, in 4 selected facilities in Lisbon area.

Results: Only one of the facilities has a protocol for the oral hygiene procedures. All the caregivers inquired (n=38) are female, about 37% of them didn't receive any additional oral hygiene education since starting their activity as elderly caregivers'. About 60% refers practicing good oral care measures with independent elderly, increasing this value to 80% with the dependent ones.

Conclusions: Generally, the visited facilities don't present adequate protocols to guarantee a good oral health of their residents. Caregivers lack specialized formation and show poor levels of oral health knowledge although referring dedicated oral hygiene procedures towards the residents.

Keywords: oral health, elderly, institutionalized, caregiver, long term care

RÉSUMÉ

Introduction: Le vieillissement de la population gagne de plus en plus d'importance au Portugal. Sur l'individu, le vieillissement se traduit par des changements physiologiques et pathologiques, systémiques et locaux. Ses changements sont associés à d'élevés niveaux de dépendance de l'individu âgé, et ainsi a un besoin croissant d'institutions spécialisées pour assurer leur accompagnement, notamment les EHPAD. Les besoins de la santé orale à ce niveau sont de la responsabilité des soignants, dépendant de la qualité des niveaux de connaissances des soignants et des mesures d'hygiène buccodentaire prises par l'institution.

Objectifs: Révision de la littérature sur les soins bucco-dentaires réalisés aux personnes âgées par les soignants et à propos des raisons associées aux besoins spécifiques de cette population. Recueil de données sur les protocoles de soins mis en place par l'institution et sur les connaissances et pratiques des soignants envers les résidents.

Méthodes: Révision bibliographique du sujet. Construction et application de deux questionnaires, l'un à la direction de l'institution et l'autre aux soignants, dans quatre institutions de la région de Lisbonne.

Résultats: Seulement une des institutions visitées présente des protocoles d'hygiène bucco-dentaire pour les résidents. Tous les soignants interrogés (n=38) appartenaient au sexe féminin et près de 37% n'ont jamais eu quelque formation sur l'hygiène bucco-dentaire dès le début d'activité comme soignantes. Près de 60% des soignantes affirment avoir des soins appropriés envers les résidents partiellement dépendants, augmentant pour 80% envers les dépendants.

Conclusion: De façon générale, les institutions ne possèdent pas de protocoles pour garantir le maintien de la santé bucco-dentaire de ses résidents, les soignants possèdent une formation peu spécifique à leurs fonctions bien que des niveaux de connaissance insuffisants à propos de sujets de santé orale. Quand même les soignants affirment réaliser des soins d'hygiène orale dédiés aux résidents.

Mots-Clefs: Santé bucco-dentaire, personnes âgées, institutionnalisé, personnel soignant, EHPAD

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
Idoso.....	1
O Envelhecimento Sistémico e a Saúde Oral.....	1
O Envelhecimento na Cavidade Oral.....	2
Saúde Oral no Idoso.....	3
Prevenção e Saúde Oral.....	5
Qualidade de Vida Associada à Saúde Oral (OHRQoL).....	8
Dependência.....	8
Estruturas Sociais.....	9
Prestadores de cuidados nos Lares para Idosos.....	9
Linhas Orientadoras para a prevenção.....	10
OBJECTIVOS.....	12
METODOLOGIA.....	12
Revisão Bibliográfica.....	12
Construção do Questionário.....	12
População e Amostra.....	13
Questões Éticas e Autorizações.....	14
Aplicação dos Questionários.....	14
Análise dos Dados.....	14
RESULTADOS.....	15
I – Direcção dos Lares.....	15
Dados Gerais.....	15
Práticas Implementadas.....	15
II – Prestadores de Cuidados.....	16
Dados Gerais.....	17
Formação e Saúde Oral.....	17
Hábitos Pessoais.....	18
Conhecimentos sobre Saúde Oral.....	18
Qualidade de Vida e Saúde Oral.....	19
Higiene Oral do Idoso.....	20
Procedimentos com Idosos Parcialmente Dependentes.....	21
Procedimentos com Idosos Funcionalmente Dependentes.....	21

DISCUSSÃO	23
I – Questionários	23
II – Direcção dos Lares	23
Funcionários dos Lares	23
Avaliação Inicial.....	24
Reavaliações	24
Procedimentos Diários	24
Consultas de Medicina Dentária.....	25
Material de Higiene Oral	25
III – Prestadores de Cuidados	26
Hábitos Pessoais	26
Conhecimentos de Saúde e Higiene Oral	26
Qualidade de Vida	27
Procedimentos com Idosos Parcialmente Dependentes	27
Procedimentos com Idosos Funcionalmente Dependentes.....	28
IV – Limitações.....	28
V – Desenvolvimentos Futuros.....	29
CONCLUSÕES.....	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
ANEXOS.....	39
Anexo A – Questionário 1. Direcção das Instituições	39
Anexo B – Questionário 2. Cuidadores	41
Anexo C – Pedido de Autorização às Instituições	49
Anexo D – Dados Recolhidos.....	51
Anexo E – Figuras e Tabelas	65
ÍNDICE DE FIGURAS	65
ÍNDICE DE TABELAS	65

AGRADECIMENTOS

À **Prof. Dra. Sofia Arantes e Oliveira**, minha orientadora, por toda a dedicação e rigor, por me ter ajudado a aceitar as limitações do trabalho, pela mestria a controlar a minha altitude de voo e, acima de tudo, por ter acreditado em mim e pelo ânimo transmitido nos momentos em que este escasseava. Por tudo isto um grande e sincero muito obrigado.

Ao **Prof. Dr. Henrique Luís** pela disponibilidade demonstrada aquando da elaboração dos questionários e posterior tratamento dos dados recolhidos

Às **instituições** que receberam este projecto, em particular às suas directoras técnicas e a todas as cuidadoras que nele aceitaram participar.

Aos demais, **família, amigos e professores**, que tanto contribuíram na minha formação pessoal e académica, permitindo-me chegar aqui e ser quem sou.

INTRODUÇÃO

Idoso

Nos países desenvolvidos, a Organização Mundial de Saúde define idoso como o indivíduo com mais de 65 anos (WHO, 2011; INE, 2002a). De acordo com a informação recolhida nos X e XIV Censos (INE, 1963; INE, 2002b) o seu número aumentou cerca de 1 milhão em termos absolutos (708.569 em 1960 para 1693.493 em 2001); duplicando a sua proporção em relação à população residente total de 8% em 1960 para 16,3% em 2001. Estudos do Instituto Nacional de Estatística (2004) prevêm que esta faixa etária aumente até 2050 para cerca de 3,0 milhões, nos cenários base e elevado, passando a representar cerca de 32,2% da população residente total, no cenário base.

O Envelhecimento Sistémico e a Saúde Oral

O envelhecimento biológico consiste nas alterações degenerativas estruturais e funcionais que ocorrem, afectando organismos, órgãos, células, tecidos conjuntivos, fluidos e moléculas (Martin, 1977); o envelhecimento pode então ser definido como o conjunto de alterações fisiológicas observadas com o avançar da idade.

Estas alterações vão ser altamente variáveis tanto entre diferentes indivíduos como a nível dos diferentes sistemas de órgãos de um mesmo indivíduo. O envelhecimento vai igualmente ser condicionado pela patologia, ou seja, pelas alterações observadas devido a doença (Little et al., 2008). Estas vão apresentar diversas repercussões a nível da saúde oral do idoso (WHO, 2006).

No Homem, estas alterações podem ser classificadas em físicas e psicológicas/mentais. A nível físico, vão observar-se alterações na totalidade dos sistemas de órgãos que gradualmente vão perdendo a capacidade no desempenho das suas funções. Alterações físicas, fisiológicas e patológicas a nível do sistema músculo-esquelético resultam, entre outros aspectos, na perda de capacidades de locomoção e destreza manual comprometendo a capacidade do idoso em realizar tarefas do quotidiano, nomeadamente as actividades de higiene oral (Felder et al., 1994). Estas são também perturbadas pela diminuição da acuidade visual (Little et al., 2008). O odor e o paladar vão igualmente sofrer alterações, diminuindo a sensibilidade para alimentos doces e salgados, resultando num maior consumo destas substâncias (Winkler et al., 1999). Relativamente às alterações do foro psicológico e mental destaca-se a demência

tradicionalmente definida como o declínio nas capacidades intelectuais, interferindo com as suas funções ocupacionais e sociais (Ghezzi e Ship, 2000). Outras condições neurológicas no idoso, tal como a Doença de Alzheimer ou a depressão influenciam de forma negativa a saúde oral dos idosos (Anttila et al., 2001).

Outro factor de destaque em resultado do envelhecimento patológico advém das múltiplas patologias diagnosticadas que cada idoso apresenta, para as quais se encontram medicados com fármacos que apresentam inúmeras interações com a saúde oral (Ciancio, 2004).

O Envelhecimento na Cavidade Oral

De uma forma geral, é comumente aceite que a saúde oral vai estar dependente da integridade das estruturas que compõem a cavidade oral. De uma forma simplificada podemos considerar que esta é constituída por três componentes intimamente relacionados: (1) os dentes e tecidos periodontais, (2) os tecidos moles e (3) a saliva.

Os dentes são as estruturas responsáveis por reduzir a dimensão dos alimentos permitindo a sua deglutição. Adicionalmente são ainda fundamentais na estética facial e na fonação. Os tecidos moles incluem as mucosas, a língua – que com a perda óssea e de tonicidade muscular vai parecer aumentada nos idosos – e os lábios que, juntamente com os tecidos duros que compõem os dentes, constituem uma barreira protectora do meio interno. O envelhecimento vai resultar numa diminuição da velocidade de produção de dentina, diminuição do volume dos tecidos pulpaes e uma diminuição na densidade óssea mandibular (Little et al., 2008).

A saliva é o fluido segregado pelas glândulas salivares que está em constante contacto com os tecidos duros e moles da cavidade oral, dependendo a integridade destes do adequado fluxo salivar e da sua composição proteica única (Atkinson et al., 2005). Entre as funções que desempenha destacam-se a lubrificação das mucosas (protegendo-as das agressões mecânicas, químicas e térmicas), promoção do início da digestão através da α -amilase, capacidade de tamponamento, reservatório iónico, actividade antimicrobiana, meio de transporte dos agentes gustativos dos alimentos e o amolecimento destes alimentos durante a mastigação, facilitando a sua deglutição (DePaola, 2008). As alterações na produção deste fluido pelas glândulas salivares a nível quantitativo – diminuição do fluxo – e qualitativo – alteração da composição e menor fluidez – vão dever-se essencialmente à patologia sistémica, ou polimedicação associada, e não ao envelhecimento fisiológico. Estas alterações comprometem a sua

função e, conseqüentemente, a integridade da cavidade oral. (Fischer e Ship, 1999; Almeida, 2007). Esta condição pode ser minimizada através do recurso a estimulantes salivares ou, quando a estimulação não é possível, a substitutos salivares (Gupta et al., 2006; Atkinson et al., 2005)

Saúde Oral no Idoso

Inúmeras patologias afectam a cavidade oral ao longo da vida, no entanto as alterações derivadas do envelhecimento vão modificar a prevalência de algumas delas, e a forma como se manifestam no idoso.

Um dos factores etiológicos das mais representativas patologias orais é a placa bacteriana que consiste numa comunidade complexa de espécies bacterianas numa matriz composta por polímeros extra celulares do fluido crevicular e saliva firmemente aderida à superfície dentária (Lang et al., 2005).

A cárie dentária é uma doença infecciosa de origem bacteriana responsável pela progressiva desmineralização dos tecidos duros dentários - esmalte, dentina e cemento – manifestada através das lesões de cárie. A localização preferencial destas lesões vai sofrer alterações ao longo da vida, sendo no idoso mais frequentes as cáries radiculares e as cáries secundárias devidas à infiltração marginal (Little et al., 2008). Os microrganismos presentes na cavidade oral que são responsáveis pela progressão destas lesões também vão variando com a idade. Desta forma o tipo de lesões observadas varia também, sendo mais frequentes as lesões de cárie radiculares que afectam o cemento – causadas por uma ainda mais complexa combinação de espécies bacterianas (Preza et al., 2008) – do que as lesões coronárias de superfície lisa – mais frequentemente causadas por bactérias da espécie *Streptococcus mutans* (Massler, 1980). A maior prevalência de cárie radicular no idoso resulta por um lado na exposição da superfície radicular (por doença periodontal) e por outro pelo facto do cemento ser desmineralizado a um pH mais elevado que o esmalte (Hoppenbrowsers et al., 1986).

A doença periodontal é igualmente uma patologia infecciosa de origem bacteriana causada por microrganismos que colonizam a superfície dentária, supra e/ou sub-gengivalmente. Estes microrganismos são responsáveis pela inflamação gengival no caso da gengivite, podendo progredir para a destruição dos tecidos de suporte dentário, instalando-se um quadro periodontite onde se vai verificar perda óssea e de inserção do epitélio juncional. Os sintomas da doença periodontal variam consoante a sua severidade incluindo edema gengival, hemorragia gengival e mobilidade dentária

(Neville et al., 2002). Não existe evidência científica que sustente que o envelhecimento aumenta a susceptibilidade para a doença periodontal, podendo o incremento da sua prevalência ser justificado pela efeito cumulativo no tempo da acumulação dos factores etiológicos – placa bacteriana e cálculo – bem como dos sinais progressivos da doença – como aumento de localizações com bolsas, perda óssea e perda de inserção (Boehm e Scannapieco, 2007; Irwin, 2011)

Apesar dos objectivos da Federação Dentária Internacional para 2020 (Hobdell et al., 2003) pretenderem combater o facto, a perda dentária precoce como consequência directa da cárie dentária e doença periodontal continua a ser uma realidade que afecta um grande número de idosos (Peterson e Yamamoto, 2005), comprometendo todas as funções asseguradas pela dentição, que apenas são parcialmente recuperadas com a maioria das opções de reabilitação.

A reabilitação oral com recurso a próteses removíveis – totais ou parciais, acrílicas ou esqueléticas – permanece uma das soluções mais frequentes, principalmente devido a questões económicas; mantendo-se as reabilitações com recurso a próteses fixas ou sobre implantes uma realidade ao alcance de uma minoria populacional.

As reabilitações protéticas removíveis vão permitir agrupar as restantes patologias orais em dois grandes grupos: as lesões associadas ao uso de prótese e as restantes.

Entre as lesões associadas às próteses as mais frequentes vão estar associadas a *Candida spp.*, comum na flora oral dos adultos. Quando o crescimento de *Candida spp.*, é potenciado por factores locais, e.g. alterações no fluxo salivar, hábitos tabágicos e sistémicos, e.g. imunodeficiências, malnutrição, corticoestróides sistémicos, quimioterapia, surgem situações clínicas de candidíase pseudomembranosa, estomatite protética e queilite angular, requerendo cuidados específicos para a sua resolução (Gonsalves et al., 2008). Desadaptações da reabilitação protética podem causar outro tipo de lesões como as úlceras traumáticas, a hiperplasia protética e a fibrose alveolar (Little et al., 2008).

Das restantes patologias orais que afectam o idoso destaca-se o cancro oral. Em 2009 o tumor maligno oral, juntamente com o da faringe, causou 702 óbitos (0,68% dos óbitos) em Portugal (INE, 2011). O seu prognóstico e morbilidade resultante estão dependentes do diagnóstico precoce da patologia. As suas manifestações variam consoante a célula precursora e localização, sendo na maioria dos casos uma massa palpável que aumenta de dimensões ao longo do tempo. Sinais precursores podem

incluir alterações na coloração, a formação de um nódulo, ulcerações que não cicatrizam, linfadenopatias ou alteração na função. Sintomas frequentes incluem parestesias, estando a dor muitas vezes ausente no cancro oral. (Little et al., 2008)

Outro factor importante relacionado com o cancro oral prende-se com a morbilidade associada às suas terapias. A terapia cirúrgica continua a estar na primeira linha de tratamento resultando muitas vezes em extensas ressecções de diferentes estruturas orais (mandíbula, língua ou lábios), com comprometimentos das funções desempenhadas por estes. A radioterapia localizada vai apresentar consequências após conclusão do tratamento, sendo as mais frequentes a hipossalivação com infecções fúngicas e dificuldade na utilização de próteses removíveis, trismos e osteoradionecrose. (Little et al., 2008)

Por fim há que referir as interferências que estes factores apresentam entre si. O aumento no risco de cárie e doença periodontal advindo da diminuição do fluxo salivar que reduz a sua eficiência na remoção da placa bacteriana (Stookey, 2008; Dawes, 2008), e ainda o favorecimento na acumulação de placa bacteriana nas superfícies dentárias remanescentes dos idosos que apresentam reabilitações com próteses parciais removíveis, principalmente nas superfícies dentárias em contacto com as unidades de gancho – braços e apoios – nas esqueléticas e nas superfícies linguais das próteses acrílicas (Shimura et al., 2009).

Adicionalmente, tal como as alterações sistémicas afectam a cavidade oral, a patologia oral vai afectar a saúde geral do idoso tal como infecções do tracto respiratório e pneumonias por aspiração de microrganismos que colonizam a cavidade oral; infecções estas que apresentam uma elevada taxa de mortalidade (Sumi et al., 2007). Está ainda descrita a influência da saúde oral na patologia sistémica – diabetes *mellitus* e arteriosclerose – bem como no estado nutricional do idoso (Bodineau et al., 2007; Suzuki et al., 2006).

Prevenção e Saúde Oral

É universalmente aceite que a primeira ferramenta na manutenção da saúde na cavidade oral consiste na aplicação de medidas preventivas.

A primeira destas medidas consiste na escovagem, dependendo o seu sucesso da adequada remoção mecânica da placa bacteriana, do instrumento utilizado (sendo a escova de dentes universalmente aceite), do método de escovagem aplicado e da duração e frequência da escovagem (Echeverria e Sanz, 2005). De forma a facilitar a

escovagem do idoso com algum comprometimento da destreza manual, pode recorrer-se a escovas eléctricas ou escovas manuais com cabo mais grosso (Gonsalves et al., 2008), contribuindo as primeiras também para a motivação do idoso (Ciancio, 2002). A utilização de *mouthswabs*, ou compressas enroladas numa espátula, na higienização dos dentes apresenta uma eficiência inferior à escova de dentes (O'Reilly, 2003).

Esta escovagem deve ser complementada com algum tipo de instrumento que permita a limpeza interdentária, ou seja, que remova a placa bacteriana das superfícies que não são alcançadas pelas cerdas da escova (Svoboda e Dufour, 2004). Consoante a dimensão dos espaços e a destreza manual do utilizador vários instrumentos estão à disposição tais como o fio ou fita dentária para espaços pequenos (podendo recorrer aos porta-fios descartáveis ou reutilizáveis para facilitar a sua utilização), sistemas de escovilhões, com tamanhos variáveis, e escovas unitufo, especialmente úteis na higienização das superfícies interproximais adjacentes a espaços edêntulos (Echeverria e Sanz, 2005). Adicionalmente, pode ainda ser complementada pela escovagem da língua, com escova ou raspador, de forma a remover os microrganismos com potencial de formarem placa bacteriana que se acumulam no dorso desta (Gross et al., 1975).

A remoção mecânica deve ser complementada através do recurso a dentífrico que entre os seus componentes contém abrasivos que auxiliam a remoção de placa e pigmento sem causar recessão gengival ou abrasão dentária. O consenso relativo à capacidade do flúor tópico promover a remineralização das superfícies dentárias – esmalte e cimento – resulta na sua incorporação na maioria dos dentífricos. Outros químicos integram a composição de alguns dos produtos disponíveis no mercado com o propósito de conferir a estes propriedades específicas; tais como a clorohexidina e o triclosam, com propriedades antimicrobianas pretendendo controlar a inflamação gengival e o desenvolvimento da placa, os pirofosfatos, com o objectivo de diminuir a velocidade de mineralização da placa bacteriana, agentes branqueadores e agentes dessensibilizantes (Davies et al., 2010). Outro veículo de substâncias químicas comumente divulgado reside nos elixires e colutórios, que tal como os dentífricos vão apresentar diferentes substâncias químicas activas na sua composição, com o objectivo de controlar a formação da placa bacteriana (Adams e Addy, 1994).

Devido à grande incidência de idosos reabilitados com próteses removíveis é essencial definir a forma como a higiene destas deve ser realizada. O primeiro cuidado de todos os indivíduos com próteses reside em manter a adequada higiene dos dentes remanescentes e das mucosas, estas últimas através de escovagem com escova macia

sem dentífrico ou massagem com o auxílio de uma compressa (Carr et al., 2004). Segue-se a remoção da placa bacteriana das próteses, para a qual dois métodos são descritos. O primeiro consiste na escovagem, que deve ser feita com uma escova própria e com um produto pouco abrasivo como o sabão neutro ou outro produto específico (estando o dentífrico contra-indicado devido ao seu potencial abrasivo), sempre que possível após as refeições. Na escovagem das próteses esqueléticas especial atenção deve ser dada às unidades de gancho devido à sua tendência para acumular placa bacteriana (Shimura et al., 2009). O segundo método amplamente descrito reside no recurso a uma solução química para a higiene da prótese com um meio químico. Entre os mais amplamente usados encontram-se: - os métodos caseiros, mais económicos, onde se incluem as soluções diluídas de hipoclorito de sódio e de ácido acético, estando estas contra-indicadas nas próteses com infra-estrutura metálica devido às suas propriedades corrosivas, e – os produtos comerciais, entre os quais se destacam os peróxidos alcalinos com enzimas. As próteses deverão ficar mergulhadas nestes produtos durante 15 minutos todos os dias, de forma a minimizar o desgaste destas (Jagger e Harrison, 1995). A opinião dos diferentes autores continua a divergir entre a eficácia de qualquer um dos métodos utilizado isoladamente ou a combinação dos dois, e mesmo em relação ao método químico mais indicado (Souza et al., 2009).

A prevalência das lesões protéticas está também associada ao uso contínuo das próteses (Figueiral et al., 2007), estando recomendada a remoção das mesmas durante a noite para que os tecidos sujeitos a stress pelo uso das próteses recuperem bem como para que a saliva e a língua cumpram as suas funções na remoção de placa bacteriana e restos alimentares; diminuindo assim o risco de desmineralização do esmalte (dos dentes remanescentes) e de inflamação gengival ou das mucosas (Phoenix et al., 2003).

A manutenção deste tipo de reabilitação implica ainda a sua reavaliação regular de forma a garantir que estas se mantêm adaptadas, estáveis e retentivas (Müller e Schimmel, 2010; Nevalainen et al., 1997).

Outro factor preventivo essencial na manutenção da saúde oral prende-se com a dieta, comprovada que está a relação entre o consumo de hidratos de carbono fermentáveis e a cárie dentária (Winter, 1990).

A prevenção como medida para garantir uma adequada saúde oral vai incluir ainda, por um lado, o diagnóstico correcto e precoce e, por outro, o tratamento de toda a patologia e disfunção existente com o objectivo de restabelecer a condição oral. Para isto é fundamental realizar uma avaliação regular da cavidade oral tanto com recurso ao

profissional de saúde oral como através de auto-avaliações ainda mais frequentes; estas últimas no caso dos idosos que apresentem algum grau de dependência ficam a cargo dos prestadores de cuidados.

Qualidade de Vida Associada à Saúde Oral (OHRQoL)

Slade (1997) definiu qualidade de vida associada à saúde oral como um conceito multidimensional da percepção dos indivíduos quanto a factores da saúde oral importantes no dia-a-dia. Focando-se essencialmente nas repercussões que a patologia oral e dano tecidular têm na qualidade de vida de um indivíduo em quatro diferentes dimensões: a dor e desconforto oral, a limitação funcional, a desvantagem de problemas orais e a auto-avaliação da saúde oral (Makhija et al., 2007).

Várias ferramentas são utilizadas para quantificar este conceito, sendo uma das mais amplamente usadas com os idosos o GOHAI – Geriatric Oral Health Assessment Index –, que avalia 10 parâmetros distintos relacionados com funções da vida diária dos idosos passíveis de serem afectadas por alterações na saúde oral permitindo avaliar a necessidade de realizar tratamentos dentários (Atchison e Dolan, 1990).

Dependência

A diminuição das capacidades físico-mentais associadas ao envelhecimento vai ter uma influência directa no grau de dependência dos idosos. Várias ferramentas são utilizadas actualmente para determinar este grau de dependência, entre as mais usadas encontram-se o índice de Barthel (Mahoney e Barthel, 1965) e a Care Dependency Scale (Dijkstra et al., 2006). Estas baseiam a classificação da dependência em função da capacidade que os idosos têm em realizar tarefas comuns do dia-a-dia (tais como ser capaz de tomar banho, alimentar-se, etc.) sem a intervenção de terceiros.

Ettinger & Beck (1982) simplificaram uma classificação dos idosos relativamente ao nível de dependência em funcionalmente independentes, que são capazes de desempenhar as funções sozinhos, parcialmente dependentes, que necessitam do auxílio de terceiros na realização de algumas funções, e funcionalmente dependentes, dependentes de terceiros para a realização da maioria das funções.

De uma forma geral, esta determinação é de grande importância uma vez que quanto maior a dependência, maior a participação de um terceiro (familiar ou prestador de cuidado) na manutenção da saúde oral do idoso. Nos lares de idosos, esta classificação é fundamental de forma a estabelecer qual a intervenção dos prestadores

de cuidados, podendo variar desde lembrar ou supervisionar a realização dos procedimentos até à necessidade de realizar todas estas tarefas.

O aumento da dependência do idoso vai ser um factor preponderante aquando da decisão de recorrer a uma estrutura social para garantir a manutenção da sua qualidade de vida. Outros factores importantes são: a existência de um núcleo familiar pequeno em que nenhum membro tem disponibilidade para cuidar do idoso, falta de condições económicas, de tempo, físicas ou psicológicas por parte dos familiares (Perline et al., 2007). Muitas vezes, inclusivamente, é o próprio idoso que vê nestas instituições uma solução para não sobrecarregar a família.

Estruturas Sociais

Existem actualmente várias estruturas sociais com o intuito de apoiar a população idosa em Portugal. Entre estas destacam-se os centros de dia, os serviços de apoio domiciliário e as residências e lares de idosos, sendo as residências destinadas a idosos com menor grau de dependência (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006). Na Carta Social de 2009 (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009) está descrito um crescimento global destas estruturas na ordem dos 68,8% desde 1998, tendo as residências e lares de idosos crescido 76%. Apesar do incremento no número de estruturas disponíveis, as taxas de utilização de lares e residências têm-se mantido deste 1998 acima dos 95%.

O Despacho Normativo nº12/98 de 25 de Fevereiro (1998), que estabelece as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares para idosos define estes como os estabelecimentos “ (...) em que sejam desenvolvidas actividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes”. No entanto, as linhas orientadoras neste documento referentes à alimentação e aos cuidados de higiene e de saúde a implementar são pouco específicas, sendo sempre descritos como os “adequados”.

Prestadores de cuidados nos Lares para Idosos

No mesmo diploma referido na secção anterior (Despacho Normativo nº12/98 de 25 de Fevereiro, 1998) encontram-se definidos os números mínimos de dois tipos distintos de prestadores de cuidados directamente responsáveis pela higiene diária dos

idosos; são estes os enfermeiros – pelo menos 1 por cada 40 idosos – e os ajudantes de lar – em número mínimo de 1 por cada 8 idosos.

Tem acesso à profissão de enfermagem o indivíduo detentor de curso de licenciatura em enfermagem numa escola superior de enfermagem ou numa escola superior de saúde e registo criminal sem sentença judicial (Lei nº111-2009, 2009).

A função de ajudante de lar tem como pré-requisitos a maioridade e a escolaridade mínima obrigatória, é incentivado o acesso a formação complementar, não sendo esta no entanto obrigatória (Despacho Normativo nº12/98 de 25 de Fevereiro, 1998).

Linhas Orientadoras para a prevenção

Devido aos diferentes conceitos anteriormente abordados – envelhecimento, predisposição à patologia oral, dependência e funcionamento dos lares – é fundamental a existência de linhas orientadoras, ou mesmo protocolos de actuação, específicos para a realização das diferentes acções de promoção da saúde oral dos idosos nestas instituições.

Esse tema ganha ainda mais importância se tivermos em conta a deficiente condição oral observada em idosos institucionalizados amplamente descrita na literatura (Ferreira et al., 2009; Corchero e Cepeda, 2008; Frenkel et al., 2001), e que é atribuída a negligência por parte dos cuidadores associada a factores como falta de tempo, falta de cooperação dos idosos, falta de conhecimentos e falta de interesse de ambas as partes (Chalmers et al., 1996).

Thorne e colaboradores (2001) salientam a importância da proximidade diária da direcção da instituição com os funcionários, idosos e familiares, permitindo assim uma melhor percepção da realidade do quotidiano da instituição e motivando os funcionários. Realçam ainda a importância de uma figura forte, membro da direcção ou do resto do pessoal ou até de um médico dentista, que mantenha presente a necessidade de cumprir um programa de saúde oral (Dharamsi et al., 2009).

Em Portugal, não existem actualmente documentos que definam normas ou protocolos para garantir que a saúde oral do idoso não é deixada para segundo plano. Quanto aos procedimentos diários necessários à manutenção desta, estão apenas referidos num manual dirigido aos enfermeiros e que inclui as normas para os procedimentos técnicos que competem a estes últimos (Ministério da Saúde, 2008) onde

a forma de “ (...) lavar a boca (...)” é descrita separadamente para pacientes que necessitem de ajuda parcial ou total.

Noutros países podem encontrar-se normas deste tipo de procedimentos, sendo no entanto estas mais exaustivas e direccionadas exclusivamente aos cuidados de saúde oral, igualmente direccionadas ao pessoal de enfermagem, por intermédio de publicações científicas (Heath et al., 2011), por associações de enfermagem (Registered Nurses Association of Ontario, 2008), por associações de médicos dentistas (Canadian Dental Association, 2009) e outras ainda pelas próprias autoridades da saúde (Government of Singapore, 2004).

Na estrutura destes manuais podem distinguir-se essencialmente quatro componentes que complementam o único referido no documento nacional que é a forma como os procedimentos de higiene oral devem ser realizados: (1) uma avaliação do estado de saúde oral inicial do idoso, (2) fichas individuais de procedimentos de higiene oral de cada idoso, (3) reavaliações regulares da condição oral dos idosos e (4) uma rede de serviços que permita tanto a prevenção como a resolução de eventuais problemas.

Além destes protocolos, os programas de educação sobre saúde oral para cuidadores são outra das ferramentas que apresentam resultados que se traduzem na melhoria da condição oral dos residentes a curto-prazo (Boczko et al., 2009; Frenkel et al., 2001) e num aumento dos conhecimentos dos cuidadores e dos seus níveis de confiança para realizarem os procedimentos (Kullberg et al., 2009; Forsell et al., 2010).

Uma vez que não existe, disponível, em Portugal um protocolo de actuação quanto à prevenção da saúde oral do idoso institucionalizado, e com o intuito de tentar compreender um pouco daquela que é a realidade praticada no nosso país relativamente à prevenção da saúde oral nos idosos elaborou-se um estudo descritivo baseado na aplicação de dois inquéritos epidemiológicos em lares de Idosos.

OBJECTIVOS

Este trabalho teve como objectivos:

- A realização de uma revisão bibliográfica narrativa sobre os cuidados de saúde oral prestados, pelos cuidadores, aos idosos institucionalizados em lares para idosos, bem como sobre as condicionantes que levam às necessidades especiais desta população no que se refere à prevenção da saúde oral.
- A construção e aplicação de questionários em lares de idosos de forma a determinar (1) a existência de protocolos ou normas de actuação relativamente aos cuidados de saúde oral praticados na instituição, (2) os conhecimentos dos cuidadores sobre a saúde oral e sobre as práticas mais indicadas para a manutenção da saúde oral do idoso e (3) as práticas implementadas diariamente pelos cuidadores aos idosos.

METODOLOGIA

Revisão Bibliográfica

Para a revisão bibliográfica narrativa foi feita uma pesquisa de artigos científicos nos motores de busca Pubmed, Google académico, Cochrane library e Science direct com as palavras-chave “elderly”, “oral health”, “institutionalized”, “hygiene”, “denture”, “guidelines”, “long term care”, “caregiver”, e sem limitação de datas.

Adicionalmente foi feita uma pesquisa na internet com o auxílio do motor de busca Google, de forma a reunir normas e protocolos para a saúde oral de idosos institucionalizados, tendo sido utilizados para o efeito termos como “lar de idosos”, “saúde oral”, “normas”, “guidelines”, “nursing”, “long term care”, “elderly”, assim como para reunir a legislação em vigor em Portugal referente ao funcionamento dos lares e qualificação dos seus funcionários.

Construção do Questionário

Por não existirem questionários construídos que avaliassem todos os parâmetros pretendidos para aplicação aos prestadores de cuidados em instituições para idosos, nem em inglês nem em português, foi necessária a construção deste instrumento. Com este objectivo foi realizada uma pesquisa bibliográfica da qual surgiram diversos trabalhos

que aplicaram questionários com algumas questões direccionadas à população idosa e seus cuidadores nos lares (Saliba et al. 2007; Gaião et al., 2009), bem como outros com questionários focados na avaliação de conhecimentos de saúde oral e práticas instituídas, a maioria direccionado a pais, educadores ou prestadores de cuidados de saúde a crianças, tendo algumas das questões sido adaptadas de forma a servirem o propósito do trabalho (Zhu et al., 2005; Santos et al., 2003). Outras questões foram construídas baseadas na revisão bibliográfica, de acordo com as boas práticas descritas na literatura, com o contributo de um Higienista Oral e de um Médico Dentista.

Um primeiro inquérito (**Anexo A**), a ser aplicado a um membro da direcção da instituição, teve como objectivo caracterizar o lar e fazer um levantamento das suas condições gerais, (incluindo questões sobre o número de idosos e de prestadores de cuidados que o integram) e sobre a existência de procedimentos específicos implementados para garantir os cuidados de saúde oral prestados aos idosos (abordando questões tal como as práticas diárias implementadas e a intervenção de profissionais de saúde oral.)

Um segundo inquérito (**Anexo B**), a aplicar aos cuidadores, tinha como objectivo principal a avaliação de conhecimentos e práticas instituídas. Este encontra-se dividido em cinco blocos recolhendo informações sobre: 1) dados sócio-demográficos dos cuidadores; 2) procedimentos de higiene oral que estes realizam a si próprios (indicador dos cuidados de saúde oral passíveis de prestar a terceiros); 3) conhecimentos sobre assuntos de saúde e higiene oral; 4) tipo de cuidados prestados aos idosos que mantêm algum grau de independência; e 5) tipo de cuidados prestados aos idosos totalmente dependentes dos seus cuidados na higiene oral diária.

População e Amostra

Para a realização do estudo transversal seleccionou-se uma amostra de conveniência com recurso a 4 lares de idosos, sendo a população constituída pelos prestadores de cuidados destas quatro instituições, que aceitaram participar no estudo.

Os lares foram seleccionados de forma a reunir realidades distintas dentro do Concelho de Lisboa.

Assim, os lares seleccionados foram:

1. uma instituição dependente da Santa Casa da Misericórdia (SCML) - Residência de Idosos de Campolide na freguesia de Campolide, designado neste trabalho como, lar da Santa Casa;

2. uma instituição de solidariedade social, a Associação Infanta D. Mafalda na freguesia de Campolide, designado neste trabalho como lar de solidariedade social;
3. uma entidade com fins lucrativos com valores médios de internamento mensal altos (cerca de 2.200 euros/mês) - Casa dos Lilases na freguesia de São Sebastião da Pedreira, designado neste trabalho como lar particular 1;
4. uma entidade com fins lucrativos com valores médios de internamento mensal baixos (cerca de 1000 euros/mês) - Casa de Repouso de Campo de Ourique na freguesia de Campo de Ourique, designado neste trabalho como lar particular 2.

Questões Éticas e Autorizações

Construídos os questionários, foi pedido o aval para a realização do estudo à comissão para a ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

Concedido este aval, foi enviada uma carta às direcções dos lares de idosos seleccionados (**Anexo C**) de modo a apresentar o projecto e pedir a autorização para a aplicação dos questionários na instituição.

Aplicação dos Questionários

Os questionários foram aplicados presencialmente pelo investigador, nas instalações das instituições, em dois tempos diferentes: numa visita inicial foi aplicado o primeiro questionário a um elemento da direcção do lar e programadas as visitas subsequentes de forma a permitir aplicar os questionários aos prestadores de cuidados, tentando conciliar estas visitas com os diferentes turnos dos cuidadores.

Análise dos Dados

Os dados recolhidos (**Anexo D**) foram tratados de forma a obter a estatística descritiva, com recurso a um software apropriado (SPSS, versão 19, SAS Institute, Inc.).

RESULTADOS

I – Direcção dos Lares

Dados Gerais

As quatro instituições seleccionadas tinham uma capacidade variável entre 21 (lar particular 2) e 60 (lar particular 1) camas, tendo o lar da Santa Casa uma capacidade para 30 utentes e o lar de solidariedade social para 42 idosos.

Todas as instituições apresentavam a 5 de Maio de 2011 uma taxa de ocupação de 100%, com a excepção do lar de solidariedade social que apresentava uma taxa de 95% (40 utentes) devido a um processo de reestruturação interna do lar (Figura 1 – Anexo E).

Em relação aos funcionários das diferentes instituições, apenas os dois lares de solidariedade social empregam 1 enfermeiro a tempo inteiro. Os dois lares privados têm um enfermeiro em regime de horário parcial, cumprindo apenas algumas horas diárias ao final do dia.

O número de ajudantes de lar que prestam cuidados de saúde oral aos idosos varia entre 9 (lar particular 2) e 20 (lar particular 1), tendo o lar da Santa Casa 15 e o lar de solidariedade social 10.

Práticas Implementadas

Quando indagadas relativamente à realização de um registo da condição oral do idoso aquando da sua entrada na instituição, apenas o lar da Santa Casa e o lar particular 1 responderam afirmativamente; no primeiro, todos os utentes são vistos por um médico dentista numa Unidade Médica da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (Centro Dr. José Domingos Barreiro), enquanto o lar particular apenas regista a utilização de próteses ou alguma referência feita pelo idoso ou familiar, não sendo realizada qualquer observação.

No que respeita a reavaliações periódicas da condição oral dos idosos, apenas o lar da Santa Casa a realiza através da visita de uma higienista oral de seis em seis meses, que realiza uma triagem para encaminhamento para um médico dentista. Não há, no entanto, nenhuma instituição em que os prestadores de cuidados façam esta avaliação.

Da mesma forma que no aspecto anterior, apenas esta instituição tem, em processo inicial de implementação, protocolos para as medidas a aplicar pelos

cuidadores no dia-a-dia. Estas linhas orientadoras descrevem os procedimentos a realizar para idosos independentes, que necessitem de “ajuda parcial” (parcialmente dependentes) e “ajuda total” (funcionalmente dependentes) e visam uniformizar as práticas realizadas nas diferentes unidades da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Nenhum dos lares particulares foi visitado por equipas de saúde oral. Como foi referido acima, o lar da Santa Casa é visitado por uma higienista oral duas vezes ao ano. No caso do lar de solidariedade social é referida uma visita anual por parte de uma enfermeira e higienista oral do centro de saúde durante a qual é feito um rastreio da cavidade oral dos idosos e ainda acção de promoção de saúde oral.

Todas as instituições referem que os idosos apenas visitam um profissional de saúde oral no caso de apresentarem queixas (ou caso os profissionais que realizam o rastreio assim o indiquem). Estas visitas, com a excepção do lar da Santa Casa que acompanha os idosos e do lar de solidariedade social que refere um esforço para os acompanhar pelo menos a uma primeira consulta, ficam a cargo da família do utente limitando-se a instituição a informar desta necessidade.

Apenas as direcções dos lares dos lares de índole social referem a existência de sistema de aspiração de secreções, não sendo esta no entanto utilizada como meio auxiliar nos procedimentos de higiene oral dos idosos acamados.

O material necessário para a higiene oral dos idosos fica a cargo do idoso e seus familiares. A excepção recai novamente no lar da Santa Casa que fornece este material aos seus utentes. O lar de solidariedade social refere que apenas têm capacidade para providenciar aos utentes material que seja oferecido quer durante as acções de promoção de saúde oral quer por associações de recolha de bens – não sendo no entanto estes suficientes para suprir as necessidades dos idosos.

II – Prestadores de Cuidados

Estes questionários foram aplicados exclusivamente em três dos quatro lares seleccionados, não tendo sido possível a aplicação do questionário no lar particular 2 por contínua indisponibilidade em receber o investigador.

Foram aplicados um total de 38 questionários, estando a sua distribuição ilustrada na Tabela 1 (Anexo E). Dos 35 questionários aplicados a ajudantes de lar, verificou-se que foi possível aplicar os questionários a 86,7% (n=13) dos ajudantes de lar do lar da Santa Casa, a 90% (n=9) dos do lar de solidariedade social e a 65% (n=13) dos ajudantes de lar do lar particular 1 (esta taxa de aplicação mais reduzida deveu-se a

não ter sido permitida a aplicação dos questionários aos ajudantes do turno da noite). Os questionários foram igualmente aplicados à totalidade dos enfermeiros com horário total (n=2), não tendo sido possível aplicá-los aos que trabalham em regime parcial. Foi ainda aplicado um questionário à directora técnica do lar particular 1, que afirma participar activamente nos procedimentos diários de higiene do idoso.

Dados Gerais

A totalidade dos entrevistados pertence ao sexo feminino (n=38; 100%), apresentando uma idade média de 45 anos (idade mínima de 25 anos e máxima de 63).

Quanto à escolaridade, apenas as enfermeiras e a directora técnica frequentaram o ensino superior. Na distribuição das ajudantes de lar quanto à escolaridade (Tabela 2 – Anexo E), a maior diferença observada reside no nível de escolaridade das entrevistadas no lar da Santa Casa e no lar particular 1 em que, respectivamente, 77% e 100% frequentaram o ensino secundário contra os 22% observados no lar de solidariedade social.

Formação e Saúde Oral

Quanto à informação obtida durante a formação anterior ao início da actividade profissional com idosos, 13% das entrevistadas refere não se recordar, cerca de 42% refere ter tido contacto com questões de higiene oral enquanto 45% referem não ter havido qualquer abordagem dessa temática. Quanto à saúde oral do idoso, cerca de 82% referem recordar-se, correspondendo apenas 16% a respostas afirmativas (Figura 2 – Anexo E).

No que respeita à aquisição de informação quanto a questões de higiene oral desde que iniciaram o trabalho com idosos, 63% das entrevistadas respondeu afirmativamente – observando este ponto para cada uma das 3 instituições verifica-se que a resposta afirmativa varia entre 100% no lar de solidariedade social, 78,5 % no lar da Santa Casa e apenas 21,5% no lar particular 1 (Figura 3 – **a** e **b** – Anexo E).

Adicionalmente, 42% das entrevistadas relatam ter recebido informação sobre alterações orais no idoso, 50% relatam não ter recebido e 8% diz não se recordar – mais uma vez, se este ponto for observado individualmente em cada uma das instituições, contabilizam-se respostas afirmativas variando entre 78% no lar de solidariedade social e 67% no lar da Santa Casa e de apenas 8% (n=1) no lar particular 1 (Figura 3 – **a** e **c** – Anexo E).

Hábitos Pessoais

No que respeita os hábitos de higiene oral pessoais diários das entrevistadas, 95% revela uma escovagem pelo menos 2 vezes ao dia, referindo os restantes 5% que a fazem apenas 1 vez ao dia. Adicionalmente, apenas 2 entrevistadas (5%) referem não utilizar dentífrico e uma refere utilizar dentífrico mas não saber se este contém flúor na sua composição.

No respeitante à limpeza interproximal, 10 entrevistadas (26%) referem fazê-la regularmente, com fio dentário (n=9) ou escovilhão (n=1). Adicionalmente, 2 entrevistadas referem utilizar palitos interdentários na higiene dos espaços interproximais regularmente. O elixir é utilizado como complemento da higiene oral diária por 76% das entrevistadas (Figura 4 – Anexo E).

Quando questionadas quanto ao tempo passado desde a última visita ao médico dentista, 1 entrevistada diz não se recordar, enquanto 50% refere ter ido há mais de um ano e os outros 45% há menos de um ano (Figura 5 – Anexo E). As visitas ao dentista são em 55% dos casos motivadas por necessidade (42% por dor e 13% para reabilitação de um dente), em 40% dos casos por prevenção, tendo 2 entrevistadas (5%) referido como motivo as reabilitações protéticas (Figura 6 – Anexo E).

Quando questionadas quanto à frequência de ingestão de alimentos cariogénicos, 24% refere nunca ingerir (ou muito raramente), 66% refere fazê-lo às vezes e 10% diariamente. Das entrevistadas que costumam ingerir estes alimentos, 96,5% fá-lo entre as refeições, 34,5% à refeição e 7% (n=2) à noite depois da escovagem.

Quando questionadas quanto à frequência de ingestão de bebidas açucaradas ou refrigerantes, 60,5% refere nunca ingerir (ou muito raramente), 21% refere fazê-lo às vezes e 18,5% diariamente. Das entrevistadas que costumam consumir este tipo de bebidas, 86,6% fá-lo à refeição, 26,7% entre as refeições e apenas uma refere fazê-lo à noite após a escovagem.

Conhecimentos sobre Saúde Oral

No que respeita as questões abertas sobre o que é a placa bacteriana e a cárie dentária, foi feita uma análise de conteúdo das respostas (Anexo D).

Em relação à placa bacteriana, 9 entrevistadas (23,7%) reconheceram desconhecer, das restantes respostas 4 (10,5%) revelaram-se muito insuficientes – “sombra nos dentes”, “falta de escovagem”, “restos alimentares” e “parte do dente junto à gengiva” (sic) – e outras 4 consideravam ser o cálculo (Figura 7 – a – Anexo E).

Das restantes 21 respostas (55,7%), 71,4% fazem referência a uma “película no dente”, 33,3% destacam a presença de “bactérias”, de referir ainda que 3 respostas (14,3%) incluíram a componente “inflamatória” causada pela placa bacteriana e em 2 explicações (9,5%) foi referida a utilização dos “restos alimentares como nutrientes para os microrganismos” (Figura 7 – **b** – Anexo E).

Quando questionadas sobre o que é a cárie dentária, 4 entrevistadas (10,5%) reconheceram desconhecer, das restantes respostas 7 (18,4%) demonstraram desconhecimento sobre o conceito, sendo em todas as respostas definido como a placa bacteriana ou cálculo – “*o que fica entre os dentes*”(sic), “*pedra*”(sic) ou “*relva amarela*”(sic) (Figura 8 – **a** – Anexo E). Das restantes 27 respostas (71,1%), 51,9% fazem referência à “cavitação ou perda de estrutura”, 40,7% incluem a “alteração de cor”, apenas 11,1% associam “dor e necessidade de tratamento”, 11,1% “origem bacteriana”, 11,1% “*doença dos dentes*”(sic) e em 7,4% destas respostas é feita referência à “progressão da doença” e numa mesma percentagem à relação com a “má higiene oral e alimentação inadequada” (Figura 8 – **b** – Anexo E).

Quando confrontadas com o que fazer no caso de a gengiva sangrar, 13% (n=5) admitem não saber, 8% consideram que se deve deixar de escovar os dentes, 19% que se deve ter mais cuidado com a gengiva na escovagem, 5% reconhecem a necessidade de escovar com maior frequência e 55% (n=21) identificam uma necessidade de consultar um médico dentista (Figura 9 – **a** – Anexo E). Estes 55% dividem-se em 24% que consideram exclusivamente esta visita e 31% que assinalam que se deve adicionalmente proceder a pelo menos uma das outras 3 medidas anteriormente referidas (Figura 9 – **b** – Anexo E).

Quando foi pedido para classificarem os factores determinantes para manter uma saúde oral adequada de 1 (nada importante) a 5 (muito importante), a média dos valores atribuídos foi de 4,92 para a alimentação, 4,87 para as visitas regulares ao dentista, seguido de 4,79 para a escovagem, 4,32 para os elixires/colutórios e finalmente 3,58 para o fio dentário (Figura 10 – Anexo E).

Qualidade de Vida e Saúde Oral

A associação entre diferentes parâmetros ligados à qualidade de vida do idoso e a saúde oral do idoso foi avaliada: 97,4% das entrevistadas atribui uma relação positiva entre a falta de saúde oral e a capacidade de mastigar, decrescendo esta percentagem para 78,9 em relação à deglutição. 84,2% considera alterações da saúde oral como factor

causal de desconforto físico, 86,8% admite que a saúde oral pode limitar a escolha dos alimentos que compõem a dieta do idoso e 81,6% concordam que a saúde oral pode comprometer a capacidade do idoso para se expressar com clareza. 78,9% das entrevistadas considera que a preocupação com a aparência da cavidade oral está presente no idoso. No entanto, apenas 50% pensa que esta condição oral do idoso pode limitar o contacto com outras pessoas e 57,9% admite que esta pode fazer com que o idoso se sinta desconfortável a comer à frente de outras pessoas (Figura 11 – Anexo E).

Higiene Oral do Idoso

Quando questionadas relativamente aos procedimentos de higiene oral ideais para um idoso independente, 97,4% das entrevistadas concordam que o idoso deve lavar os dentes pelo menos 2 vezes ao dia e 94,7% que deve lavar as mucosas com a mesma frequência. Quanto ao instrumento com que estes procedimentos devem ser realizados, 97,4% referem que a escova é o mais indicado para os dentes. No caso da gengiva, 23% consideram que o idoso deve limpá-la com uma compressa, 21,1% com a escova de dentes, 10,5% referem que devem simplesmente bochechar com um elixir, 5,3% com o dedo e 2,6% (n=1) refere que devem utilizar *mouthswabs*.

Relativamente aos idosos utilizadores de prótese, 86,8% das entrevistadas acreditam que as próteses devem ser retiradas durante a noite, 5,3% que nunca devem ser tiradas e 7,9% admite não saber. Apenas 7,9% não sabe se deve ser usada uma solução desinfetante na limpeza da prótese, concordando as restantes 92,1% que esta deve ser usada ou durante toda a noite (73,7%) ou 15 minutos diários (18,4%). Quanto ao produto a utilizar, 82,9% identifica os produtos disponíveis no mercado para o efeito como os mais indicados – das quais 3 (8,6%) referem que a água é igualmente eficaz –, uma mesma percentagem de entrevistadas (5,7%) designa como indicados uma solução de hipoclorito de sódio, elixir ou mesmo água. A totalidade das entrevistadas concorda ainda que as próteses devem ser escovadas, diferindo apenas na frequência, uma vez por dia para 10,5% e sempre que são tiradas para 89,5%. Esta escovagem deve ser feita com a escova utilizada para os dentes (60,5%) ou com uma escova exclusiva para a prótese (36,8%).

Quando confrontadas com o que fazer no caso da gengiva do idoso estar vermelha ou este apresentar queixas, 15,8% (n=6) considera que o idoso deve deixar de usar as próteses, 2,6% pensa que a higiene das próteses tem de ser mais cuidadosa, e 81,5% consideram que deve ser encaminhado a um dentista. Destes últimos, 15,8%

referem que deve deixar de usar as próteses até consultar o dentista e 10,5% que deve iniciar logo uma higiene mais cuidada das próteses, os restantes 55,3% referem apenas a necessidade de consultar um dentista.

Procedimentos com Idosos Parcialmente Dependentes

Das entrevistadas, 86,8% refere que verifica que os idosos lavam diariamente a cavidade oral, decrescendo esta para 81,6% quanto à limpeza das próteses. A observação destes procedimentos é apenas realizada por 68,4% na forma como os idosos lavam a cavidade oral e 63,2% a forma como lavam as próteses. Adicionalmente, 76,3% dos cuidadores diz verificar que o idoso remove as próteses durante a noite. A motivação para a realização dos procedimentos de higiene oral diários é referida como prática usual por 94,7% dos cuidadores, e 89,5% refere que interfere nos procedimentos para corrigir o idoso (Figura 12 – Anexo E).

Questionados quanto aos hábitos alimentares dos idosos entre as refeições, 47,4% refere que os idosos ingerem alimentos cariogénicos, caindo esta percentagem para 28,9% no que respeita as bebidas açucaradas (Figura 13 – Anexo E).

Procedimentos com Idosos Funcionalmente Dependentes

Das cuidadoras, apenas 2 referem não realizar os procedimentos de higiene oral a este tipo de pacientes. Os resultados para as restantes questões referem-se às entrevistadas que lidam com este tipo de idosos diariamente, correspondendo a 94,7% da amostra (n=36)

83,3% das entrevistadas refere que procede à limpeza dos dentes do idoso pelo menos 2 vezes ao dia, 13,9% referem que o fazem apenas uma vez e somente 1 refere que nunca limpa os dentes remanescentes dos idosos. Dos cuidadores que realizam a limpeza dos dentes, 94,3% realiza-a com a escova de dentes, apenas 5,7% refere que a realiza com uma compressa.

A limpeza das mucosas é realizada pelo menos 2 vezes ao dia por 77,8% dos cuidadores, uma vez ao dia por 13,9%, 5,6% com uma frequência mais irregular e 1 cuidador refere que nunca a realiza. Dos métodos disponíveis para a limpeza das mucosas, a compressa é a escolhida por 77,1% dos cuidadores, 11,4% optam por uma escova de dentes macia, 8,6% utilizam exclusivamente um elixir e um cuidador refere utilizar o dedo.

13,9% dos cuidadores refere que os idosos funcionalmente dependentes sob a sua supervisão nunca utilizam as próteses, enquanto 83,3% refere que estes as utilizam

sempre durante o dia removendo-as para dormir. Apenas um cuidador refere que à noite volta a inserir a prótese aos idosos após a sua limpeza.

A desinfecção das próteses não é realizada por 5,6% dos cuidadores, 86,1% mergulham as próteses durante toda a noite enquanto 8,3% procedem a esta desinfecção por alguns minutos todos os dias. Produtos específicos para limpeza de próteses são utilizados por 77,1% (dos quais 11,4% alternativamente utilizam água), 11,4% utilizam uma solução diluída de elixir, 5,7% utiliza sempre água e os restantes 5,7% utilizam outra solução desinfectante.

Todas as cuidadoras referem escovar as próteses diariamente, fazendo-o 16,7% apenas uma vez ao dia enquanto 83,3% o realizam quando estas são retiradas, nomeadamente após as refeições. 91,7% utiliza a escova de dentes do idoso contra 8,3% que utiliza escovas distintas na higiene da cavidade oral e das próteses

Nem as ajudantes de lar nem as enfermeiras utilizam qualquer sistema de aspiração nos procedimentos de higiene oral de pacientes funcionalmente dependentes.

DISCUSSÃO

I – Questionários

Os questionários foram construídos de forma segmentada com a intenção de avaliar cada um dos objectivos pretendidos isoladamente em cada secção.

A aplicação dos questionários aos cuidadores permitiu identificar omissões. Seria, por exemplo, interessante saber há quanto tempo os cuidadores iniciaram a actividade como tal e qual a motivação. Permitiu também identificar algumas das suas limitações, tais como o questionário ser demasiado longo e abrangente.

II – Direcção dos Lares

Funcionários dos Lares

A legislação nacional é pouco específica quanto à necessidade de cuidados de enfermagem, permitindo que seja interpretada como obrigatória a presença do número mínimo de enfermeiros durante um dado período de tempo não definido; adicionalmente também não descrimina a frequência dos cuidados médicos e não inclui qualquer referência a cuidados de saúde oral. Legislação mais específica existe, por exemplo, no Brasil (Portaria 810 de 22 de Setembro de 1989), onde os cuidados de enfermagem têm de existir 24 horas por dia, e onde ainda é feita referência a uma equipa multidisciplinar que para além dos serviços de enfermagem, médicos e animação sociocultural, também contemplados na legislação portuguesa, incluem ainda outros serviços na área de saúde tais como a medicina dentária e a psicologia.

Outro aspecto a referir na legislação nacional reside em não ser determinado o tipo de formação necessário aos ajudantes de lar. No Brasil, Saliba e colaboradores (2007) verificaram que 83,3% (n=18) dos cuidadores entrevistados tinham formação complementar como auxiliares de enfermagem; das entrevistas realizadas no presente estudo, apenas um cuidador referiu ter formação complementar como “*auxiliar de enfermagem e fisioterapia*” (*sic*), tendo as restantes frequentado apenas o sistema normal de ensino. De notar que 28,6% o frequentou até à 4ª classe e 45,7% até ao 9º ano, tendo apenas 25,7% finalizado o 12º ano.

Adicionalmente é importante referir a formação em relação a questões de saúde oral desde que iniciaram o trabalho como cuidadores de idosos, verificando-se esta nas duas instituições de solidariedade social, que organizam formações regulares às

assistentes pelo corpo de enfermagem. A importância destes está documentada (Forsell et al., 2011; Kullberg et al., 2009; Frenkel et al., 2001) no entanto, estes programas são normalmente levados a cabo por profissionais de saúde oral, por estes apresentam uma formação nesta área mais específica que os enfermeiros, cuja formação em termos de saúde oral é usualmente insuficiente (Coleman, 2005).

Avaliação Inicial

Destaca-se a falta de avaliação inicial aquando da admissão do idoso. Uma avaliação detalhada é exclusiva ao lar da Santa Casa, não sendo no entanto esta feita no local, nem no acto de admissão mas num momento posterior.

As diferentes linhas orientadoras de saúde oral para idosos institucionalizados (Heath et al., 2011; Canadian Dental Association, 2009; Registered Nurses Association of Ontario, 2008; Government of Singapore, 2004) sugerem que deve ser feita uma avaliação inicial composta por um questionário através do qual se fiquem a conhecer as práticas de higiene oral do idoso, a sua história relativamente a tratamentos dentários passados e o seu nível de dependência. Este deve ser acompanhado de uma avaliação da cavidade oral do idoso, utilizando para o efeito um dos sistemas de avaliação como o Oral Health Assessment Tool (OHAT) (Chalmers et al., 2004), de forma a permitir: 1) identificar a necessidade imediata de cuidados de saúde oral por um profissional; 2) construir um plano personalizado de cuidados de higiene oral diários para cada um dos idosos.

Reavaliações

As reavaliações descritas nas instituições avaliadas são feitas por uma higienista oral semestralmente – no lar da Santa Casa – e por uma equipa de um centro de saúde uma vez por ano, variando consoante a disponibilidade – no lar de solidariedade social. Esta avaliação deveria ser feita regularmente através de uma observação por parte da equipa de prestadores de cuidados, permitindo assim o despiste de qualquer alteração num estágio tão inicial quanto possível. Para esta observação é sugerido usar um mesmo sistema como na avaliação inicial (Heath et al., 2011; Registered Nurses Association of Ontario, 2008) – OHAT, por exemplo.

Procedimentos Diários

Uma sistematização da forma como os diferentes procedimentos a realizar (higiene dos dentes, das mucosas, das próteses) deve existir a nível da instituição e estar

acessível a idosos e cuidadores de forma a relembrar as boas práticas de higiene oral, um exemplo de protocolo foi criado por Gil-Montoya e colaboradores (2006) para uma unidade hospitalar que acolhe pacientes idosos com algum grau de dependência, com necessidades semelhantes às dos idosos nos lares. Este facto apenas se verifica no lar da Santa Casa. No entanto, por ainda estarem a ser implementados não estão facilmente acessíveis aos funcionários. Adicionalmente, é de referir que os procedimentos incluídos nas normas definidas para os lares da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa são pouco específicos, não esclarecendo os cuidadores em relação a aspectos como os produtos que devem ser utilizados.

Consultas de Medicina Dentária

Mais uma vez, apenas o lar da Santa Casa apresenta disponível uma assistência regular a Médicos Dentistas, uma mais-valia da integração deste lar numa instituição com uma rede de serviços como é o caso da SCML. Este acesso é exclusivamente pontual, e dependendo da disponibilidade do centro de saúde, no lar de solidariedade social e inteiramente da responsabilidade da família no caso dos dois lares particulares. Esta dificuldade no acesso aos serviços vai resultar numa barreira para a resolução dos problemas orais que possam ser detectados no idoso.

No Brasil, Ferreira e colaboradores (2011), avaliaram 54 instituições (23 de solidariedade social e 31 privadas), obtendo resultados díspares quanto aos cuidados de saúde oral disponíveis e práticas adoptadas. Em 3 das instituições existem consultórios de medicina dentária, apenas dois deles funcionando com médicos dentistas. De todas as instituições, 25,8% oferecem acesso a serviços de medicina dentária. Das instituições de solidariedade social a maioria (69,6%) encaminha idosos com necessidades de tratamento para centros de saúde, enquanto nas privadas 58,1% afirmam remeter esta responsabilidade para a família e 25,8% referem a contratação de serviços de medicina dentária ao domicílio. De qualquer forma, devido à legislação em vigor no Brasil trata-se de uma realidade diferente da nossa.

Material de Higiene Oral

O facto de os estabelecimentos remeterem a responsabilidade da aquisição dos produtos de higiene oral para os idosos e familiares, com a excepção do lar da Santa Casa, pode ser interpretada de duas formas. No caso do lar de solidariedade social, pelo seu carácter social, deve-se em parte ao facto de falta de verbas, sendo referido por estes que parte do material que conseguem fornecer aos idosos é proveniente de dádivas,

demonstrando desta forma pro-actividade na tentativa de angariar este material de forma a poderem garantir a saúde oral dos idosos. No caso dos dois lares privados este facto pode ser interpretado como uma relação com a menor importância atribuída à higiene oral dos idosos em comparação com outros itens, tais como medicamentos, que adquirem cobrando posteriormente ao idoso/família. Adicionalmente, a inexistência deste material pode ser utilizado como desculpa para os cuidadores não realizarem os procedimentos de higiene oral dos idosos.

III – Prestadores de Cuidados

Hábitos Pessoais

Na grande maioria dos casos, a importância que os indivíduos atribuem à escovagem é congruente com os hábitos diários de escovagem que relatam. O maior contraste é observado relativamente à limpeza interproximal a qual é realizada por apenas 26% das inquiridas, sendo este considerado também o factor menos importante na manutenção de uma boa saúde oral, apesar de 60,5% o considerar como importante ou muito importante – não correspondendo a importância que lhe reconhecem com a sua utilização.

92,1% das entrevistadas considera muito importantes as visitas ao dentista, no entanto 55% destas não vão ao dentista há mais de um ano, sendo em muitas das situações justificado pela baixa disponibilidade financeira. De qualquer forma a principal motivação para estas consultas recai sobre situações de dor ou necessidades de tratamento, não sendo ainda uniforme as visitas regulares preventivas.

Quanto à importância que os hábitos alimentares assumem as respostas também divergem uma vez que 92,1% a considera como um factor muito importante na manutenção da saúde oral apesar de 73,7% referirem comer doces, bolos ou chocolates entre as refeições, manifestando assim comportamentos de risco.

Conhecimentos de Saúde e Higiene Oral

Os conhecimentos sobre conceitos de saúde oral demonstraram-se bastante rudimentares, sendo poucos os cuidadores que conseguem definir estes conceitos correctamente, vindo consubstancializar a ideia da necessidade de formação adicional quanto a estes temas (Coleman, 2005). De uma mesma forma, a maioria dos trabalhadores remete para o médico dentista a responsabilidade de resolver os assuntos relacionados com doença periodontal ou lesões associadas às reabilitações protéticas,

sendo a excepção representada pelos trabalhadores que reconhecem na deficiente higiene oral a causa provável para este tipo de problemas.

A falta de conhecimentos pode então ser associada à deficiente formação dos cuidadores no que respeita estas temáticas (Preston et al., 2000)

Qualidade de Vida

De uma forma geral, é aceite a influência que a saúde oral tem na qualidade de vida do idoso, verificando-se uma congruência entre este aspecto e a preocupação que os cuidadores referem ter nos procedimentos que realizam com os idosos, na tentativa de manterem uma adequada saúde oral destes.

Procedimentos com Idosos Parcialmente Dependentes

No que respeita a este tipo de procedimentos é de realçar a maior preocupação para averiguarem que os idosos realizam os procedimentos, na casa dos 80%, que para observarem a forma como estes procedimentos são realizados, na ordem dos 60%.

Adicionalmente, perto de 95% refere motivar e incentivar a higiene oral diária do idoso, procedimento fundamental, principalmente para os idosos que revelam práticas de higiene oral inadequadas antes de ingressar neste tipo de instituição.

Mais uma resposta que questiona a sinceridade das respostas advém de 89,5% dos cuidadores referirem que corrigem os idosos durante os procedimentos se reparam que estes os estão a realizar incorrectamente. Ao confrontar esta resposta com a relativa a observarem a forma como os idosos realizam a sua higiene oral, observamos que destes cuidadores uma percentagem com alguma importância não observa a forma como os idosos realizam os procedimentos, 23,7% no caso dos dentes e mucosas e 28,9% no caso das próteses.

A maioria dos cuidadores (52,6%) refere que os idosos não comem doces, bolos ou chocolates aos lanches, sendo esta percentagem mais importante no lar da Santa Casa (85,7%) contra os 30% e 35% verificados no lar de solidariedade social e no lar particular 1, respectivamente. Este facto pode representar uma maior preocupação com a alimentação dos idosos na primeira instituição por parte da direcção.

De uma forma geral, as respostas às questões permitem concluir que os procedimentos são realizados regularmente. No entanto, nas entrelinhas das entrevistas aquando da aplicação dos questionários, foi possível compreender que os cuidadores não insistem muito nestes procedimentos quando há alguma resistência por parte do idoso.

Procedimentos com Idosos Funcionalmente Dependentes

Cerca de 80% dos cuidadores refere cuidados reforçados nos procedimentos com os idosos referindo que procedem à limpeza dos dentes remanescentes, mucosas e próteses com grande frequência. Estas respostas representam um nível de cuidados quase ideal para este tipo de idosos, mas considerando a condição oral deste tipo de idosos nas instituições habitualmente descrita, este nível de respostas leva a questionar quanto à sua veracidade, podendo estes ter-se sentido pressionados a responder aquilo que consideram ser os procedimentos que deveriam ser realizados (tal como responderam noutra secção do questionário) e não aqueles que realizam realmente.

Adicionalmente, e tal como foi verificado em relação aos procedimentos com idosos parcialmente dependentes, verifica-se que os cuidadores não insistem muito nos procedimentos quando sentem resistência por parte do idoso.

IV – Limitações

A primeira constatação feita no decorrer do presente trabalho residiu no nível organizacional das diferentes instituições. Apesar de não poder ser generalizado, neste caso específico observou-se um nível decrescente do nível de organização interna nestas instituições do lar da Santa Casa, do lar de solidariedade social, do lar particular 1 seguido do lar particular 2. O primeiro factor utilizado para avaliar esta questão foi o tipo e tempo de resposta obtida aos pedidos de autorização para realização do estudo, tendo as duas instituições de solidariedade social respondido prontamente enquanto no caso das instituições particulares a resposta só foi alcançada após contactos sucessivos por parte do investigador. O segundo factor diz respeito ao cumprimento dos agendamentos por parte das instituições. Nas instituições particulares observou-se um incumprimento nas horas dos compromissos, chegando estes a ser cancelados pela direcção quando o investigador já se encontrava no lar particular 2.

No questionário à direcção do lar, foi abandonada a questão relativa ao número de prestadores presentes em cada turno uma vez que este varia consoante o tipo de turno ou mesmo o dia da semana, não tendo sido possível avaliar o rácio idosos/cuidador.

A utilização de perguntas fechadas no questionário aos cuidadores poderá ter induzido estes a afirmarem que praticavam as actividades de higiene oral diárias dos idosos que consideraram ser as indicadas (avaliadas noutra secção do questionário, tendo-se verificado respostas muito semelhantes em ambas as secções). Outro factor que

poderá ter induzido algumas das respostas passa por terem sido aplicados pessoalmente, apesar de indispensável em alguns dos casos devido à escolaridade dos cuidadores.

V – Desenvolvimentos Futuros

Estabelecidas as relações com as instituições para este trabalho, e devido à impossibilidade de ter sido mais desenvolvido do seu âmbito por questões temporais, entre outras, seria interessante fazer o seguimento com um estudo faseado:

1) Procedendo à observação da condição oral actual dos idosos nestas instituições de forma a tentar por um lado compreender a realidade da sua condição oral e por outro avaliar a veracidade dos cuidados de higiene oral referidos pelas cuidadoras como prestados;

2) Desenvolvendo um programa de educação para os cuidadores, com acções de formação sobre conceitos gerais de saúde e higiene oral e aplicação destes conceitos na prática diária com idosos parcial e funcionalmente dependentes, e incluindo conversas informais de forma a tentar compreender as limitações e frustrações que estes encontram na realização destes procedimentos;

3) Linhas orientadoras a serem aplicadas pelas direcções destas instituições de forma a permitir um acompanhamento mais adequado à saúde oral dos seus utentes (avaliação inicial, plano de higiene oral diária, reavaliações e procedimentos) e sensibilização para a importância destas medidas;

4) Reavaliação da condição oral dos idosos de forma a avaliar a influência das medidas referidas nos pontos 2) e 3) na saúde oral dos idosos.

Apenas desta forma seria possível compreender a verdadeira dimensão dos cuidados prestados nestas instituições bem como a eficácia dos métodos sugeridos pela literatura como necessários para garantir a qualidade da condição oral destes idosos.

Adicionalmente, uma vez que o nível organizacional das instituições aparenta alguma influência nos cuidados de saúde oral prestados aos idosos, bem como na importância atribuída a estes mesmos cuidados, poderia ser de igual forma interessante tentar avaliar esta possível relação.

CONCLUSÕES

A revisão bibliográfica corroborou a importância crescente do tema; quer pelo aumento progressivo da população idosa, quer pelo aumento na necessidade de recorrer a estruturas sociais nessa fase da vida, quer pelas inúmeras questões que condicionam a saúde oral do idoso, quer pela cada vez mais presente relação atribuída entre a saúde oral e a qualidade de vida. Foi também possível reunir aquelas que são as práticas que são executadas de forma a tentar garantir uma adequada prestação de cuidados de saúde oral aos idosos nos lares.

A análise dos dados recolhidos no decurso do presente trabalho de investigação permitiu constatar que:

- 1) De uma forma geral não existem normas ou protocolos de procedimentos instituídos pelas direcções dos lares, que visem garantir a qualidade dos cuidados de saúde oral prestados aos idosos;
- 2) Existe uma falta de conhecimentos generalizada por parte dos prestadores de cuidados a nível de conceitos de saúde oral, sendo melhores os conhecimentos no que respeita às práticas mais indicadas para a manutenção da saúde oral do idoso;
- 3) Os prestadores de cuidados das instituições avaliadas referem realizar procedimentos de higiene oral diários adequados e com regularidade para com os idosos com diferentes graus de dependência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adams D, Addy M. Mouthrinses. *Adv Dent Res*. 1994 Jul;8(2):291-301.
2. Almeida A. Funções das Glândulas Salivares. In: *Glândulas Salivares Humanas*. Lidel: Lisboa; 2007. p. 59-80.
3. Anttila SS, Knuuttila ML, Sakki TK. Relationship of depressive symptoms to edentulousness, dental health, and dental health behavior. *Acta Odontol Scand*. 2001 Dec;59(6):406-12.
4. Arpin S, Brodeur JM, Corbeil P. Dental caries, problems perceived and use of services among institutionalized elderly in 3 regions of Quebec, Canada. *J Can Dent Assoc*. 2008 Nov;74(9):807-807d.
5. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ*. 1990 Nov;54(11):680-7.
6. Atkinson JC, Grisius M, Massey W. Salivary hypofunction and xerostomia: diagnosis and treatment. *Dent Clin North Am*. 2005 Apr;49(2):309-26.
7. Boczek F, McKeon S, Sturkie D. Long-term care and oral health knowledge. *J Am Med Dir Assoc*. 2009 Mar;10(3):204-6. Epub 2009 Jan 8.
8. Bodineau A, Boutelier C, Viala P, Laze D, Desmarest M, Jonneaux L et al. Importance de l'hygiène buccodentaire en gériatrie. *NPG*. 2007 Aug;7(40):7-14.
9. Boehm TK, Scannapieco FA. The epidemiology, consequences and management of periodontal disease in older adults. *J Am Dent Assoc*. 2007 Sep;138 Suppl:26S-33S.
10. Canadian Dental Association. Optimal Oral Health for Frail Older Adults: Best Practices along the Continuum of Care [book on the Internet]. Canadian Dental Association, Committee on Clinical and Scientific Affairs: Ottawa; 2009 [cited 2011 Feb 18]. Available from: http://www.cda-adc.ca/_files/dental_profession/practising/best_practices_seniors/optimal_oral_health_older_adults_2009.pdf
11. Carr A, McGivney GP, Brown DT. Initial Placement, adjustment, and servicing of the removable partial denture. In: *McCracken's Removable Partial Prosthodontics*. 11th ed. Elsevier Mosby: St Louis; 2004. p. 363-72.
12. Chalmers J, Johnson V, Tang JH, Titler MG. Evidence-based protocol: oral hygiene care for functionally dependent and cognitively impaired older adults. *J Gerontol Nurs*. 2004 Nov;30(11):5-12.

13. Chalmers JM, Levy SM, Buckwalter KC, Ettinger RL, Kambhu PP. Factors influencing nurses' aides' provision of oral care for nursing facility residents. *Spec Care Dentist*. 1996 Mar-Apr;16(2):71-9.
14. Ciano S. Electric toothbrushes--for whom are they designed? *Adv Dent Res*. 2002 May;16(1):6-8.
15. Ciano SG. Medications' impact on oral health. *J Am Dent Assoc*. 2004 Oct;135(10):1440-8.
16. Cohen C, Tabarly P, Hourcade S, Kirchner-Bianchi C, Hennequin M. Quelles réponses aux besoins en santé bucco-dentaire des personnes âgées en institution? *Presse Med*. 2006 Nov;35:1639-48.
17. Coleman P. Opportunities for nursing-dental collaboration: addressing oral health needs among the elderly. *Nurs Outlook*. 2005 Jan-Feb;53(1):33-9.
18. Corchero AMI, Cepeda JRG. Oral Health in people over 64 years of age, institutionalized in Centres for the Aged in the Vigo Health District Spain, 2005. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008 Aug 1;13(8):e523-8.
19. Davies R, Scully C, Preston AJ. Dentifrices – an update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010 Nov 1;15(6):e976-82.
20. Dawes C. Salivary flow patterns and the health of hard and soft oral tissues. *J Am Dent Assoc*. 2008 May;139 Suppl:18S-24S.
21. DePaola DP. Saliva: the precious body fluid. *J Am Dent Assoc*. 2008 May;139 Suppl:5S-6S.
22. Despacho Normativo nº12/98 de 25 de Fevereiro. Normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares para idosos. “D.R. I Série-B”. 47 (1998-02-25): 766-74.
23. Dharamsi S, Jivani K, Dean C, Wyatt C. Oral care for frail elders: knowledge, attitudes, and practices of long-term care staff. *J Dent Educ*. 2009 May;73(5):581-8.
24. Dharamsi S, Jivani K, Dean C, Wyatt. Oral Care for Frail Elders: Knowledge, Attitudes, and Practices of Long-Term Care Staff. *J Dent Educ*. 2009 May;73(5):581-8.
25. Dijkstra A, Smith J, White M. Measuring care dependency with the Care Dependency Scale (CDS), a manual [book on the Internet]. Eurecare ;2006 [cited 2011 Feb 27]. Available from: <http://www.eurecare.nl>

26. Echeverria JJ, Sanz M. Controle Mecânico da Placa Supragengival. In: Lindhe I, Karring T, Lang NP, eds. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. 5th ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro; 2005. p. 435-477.
27. Ettinger RL, Beck JD. The new elderly: what can the dental profession expect? Spec Care Dentist. 1982 Mar-Apr;2(2):62-9.
28. Felder R, James K, Brown C, Lemon S, Reveal M. Dexterity testing as a predictor of oral care ability. J Am Geriatr Soc. 1994 Oct;42 (10):1081-6.
29. Ferreira RC, Magalhães CS, Rocha ES, Schwambach CW, Moreira AN. Saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 2009 Nov;25(11):2375-85.
30. Ferreira RC, Schwambach CW, Magalhães CS, Moreira AN. Dental care and oral hygiene practices in long-term geriatric care institutions. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(4):2322-33.
31. Figueiral MH, Azul A, Pinto E, Fonseca PA, Branco FM, Scully C. Denture-related stomatitis: identification of aetiological and predisposing factors - a large cohort. J Oral Rehabil. 2007 Jun;34(6):448-55.
32. Fischer D, Ship JA. Effect of age on variability of parotid salivary gland flow rates over time. Age and Ageing. 1999;28:557-61.
33. Forsell M, Kullberg E, Hoogstraate J, Johansson O, Sjögren P. An evidence-based oral hygiene education program for nursing staff. Nurse Educ Pract. 2011 Jul;11(4):256-9. Epub 2010 Dec 23.
34. Frenkel H, Harvey I, Newcombe RG. Improving oral health in institutionalised elderly people by educating caregivers: a randomised controlled trial. Community Dent Oral Epidemiol. 2001 Aug;29(4):289-97.
35. Gaião LR, Almeida MEL, Bezerra Filho JG, Leggat P, Heukelbach J. Poor dental status and oral hygiene practices in institutionalized older people in northeast Brazil. Int J Dent. 2009;2009:846081. Epub 2009 May 26.
36. Ghezzi EM, Ship JA. Dementia and oral health. Oral Surg Oral Med Oral Patol Oral Radiol Endod. 2000;89:2-5.
37. Gil-Montoya JA, Mello AL, Cardenas CB, Lopez IG. Oral health protocol for the dependent institutionalized elderly. Geriatr Nurs. 2006 Mar-Apr;27(2):95-101.
38. Gonsalves WC, Wrightson AS, Henry RG. Common Oral Conditions in Older Persons. American Family Physician. 2008 Oct;78(7):845-52.

39. Gross A, Barnes GP, Lyon TC. Effects of tongue brushing on tongue coating and dental plaque scores. *J Dent Res*. 1975 Nov-Dec;54(6):1236.
40. Gupta A, Epstein JB, Sroussi H. Hyposalivation in elderly patients. *J Can Dent Assoc*. 2006 Nov;72(9):841-6.
41. Heath H, Sturdy D, Edwards T, Griffiths J, Hylton B, Jones V, Lewis DA. Promoting older people's oral health [book on the Internet]. RCN Publishing Company: Harrow; 2011 [cited 2011 Feb 15]. Available from: <http://nursingstandard.rcnpublishing.co.uk>
42. Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *Int Dent J*. 2003 Oct;53(5):285-8.
43. Hoppenbrouwers PM, Driessens FC, Borggreven JM. The vulnerability of unexposed human dental roots to demineralization. *J Dent Res*. 1986 Jul;65(7):955-8.
44. INE (Instituto Nacional de Estatística). Censos – Tomo II: famílias, convivências e população residente e presente – 1960 [book on the Internet]. INE: Lisboa, 1963 [cited 2011 Feb 10]. Available from: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=72846939&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554
45. INE (Instituto Nacional de Estatística). Censos 2001, resultados definitivos [book on the Internet]. INE: Lisboa; 2002b [cited 2011 Feb 10]. Available from: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=133411&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554
46. INE (Instituto Nacional de Estatística). O Envelhecimento em Portugal- Situação Demográfica e Socio-económica recente das Pessoas idosas [book on the Internet]. INE: Lisboa; 2002 [cited 2011 Feb 10]. Available from: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1
47. INE (Instituto Nacional de Estatística). Projeções de população residente, Portugal e NUTS II, 2000-2050 [book on the Internet]. INE: Lisboa; 2004 [cited 2011 Feb 10]. Available from: <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgi>

d=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=7035377&PUBLICACOESmodo=2

48. Irwin CR. Periodontal disease in the older patient. *Dent Update*. 2011 Mar;38(2):94-6, 99-100.
49. Jablonski RA, Munro CL, Grap MJ, Schubert CM, Ligon M, Spigelmyer P. Mouth care in nursing homes: knowledge, beliefs, and practices of nursing assistants. *Geriatr Nurs*. 2009 Mar-Apr;30(2):99-107. Epub 2008 Nov 17.
50. Jagger DC, Harrison A. Denture cleansing – the best approach. *Br Dent J*. 1995 Jun 10;178(11):413-7.
51. Kullberg E, Forsell M, Wedel P, Sjögren P, Johansson O, Herbst B, Hoogstraate J. Dental hygiene education for nursing staff. *Geriatr Nurs*. 2009 Sep-Oct;30(5):329-33. Epub 2009 Aug 13.
52. Lang NP, Mombelli A, Attström R. Placa e Cálculo Dentais. In: Lindhe I, Karring T, Lang NP, editors. *Tratado de periodontia clínica e implantologia oral*. 5th ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro; 2005. p. 81-104.
53. Lei nº111-2009. Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. “D.R. I Série”. 180 (2009-09-16) 6528-50.
54. Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL. Part Ten: Geriatrics. In: *Dental Management of the medically compromised patient*. 7th Ed. Mosby Elsevier, St Louis, 2008:534-51.
55. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the barthel index. *Md State Med J*. 1965 Feb;14:61-5.
56. Makhija SK, Gilbert GH, Litaker MS, Allman RM, Sawyer P, Locher JL et al. Association Between Aspects of Oral-Health Related Quality of Life and Body Mass Index in Community-Dwelling Older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55:1808-16.
57. Martin GM. Cellular aging – clonal senescence. A review (Part I). *Am J Pathol*. 1977 Nov;89(2):484–511.
58. Massler M. Geriatric dentistry: Root caries in the elderly. *J Prosthet Dent*. 1980 Aug;44(2):147-9.
59. Ministério da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde. *Manual de normas de enfermagem, procedimentos técnicos*. 2^a Ed. Administração Central do Sistema de Saúde, IP: Lisboa; 2008.

60. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, Direcção-Geral da Segurança Social, da Família e da Criança. Respostas Sociais - Nomenclaturas/Conceitos. Direcção-Geral da Segurança Social, da Família e da Criança: Lisboa; 2006.
61. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, Gabinete de Estratégia e Planeamento. Carta Social, rede de serviços e equipamentos, Relatório 2009. Gabinete de Estratégia e Planeamento: Lisboa; 2009.
62. Müller F, Schimmela M. Tooth loss and dental prostheses in the oldest old. *European Geriatric Medicine*. 2010 Sep;1(4):239-43.
63. Nevalainen MJ, Närhi TO, Ainamo A. Oral mucosal lesions and oral hygiene habits in the home-living elderly. *J Oral Rehabil*. 1997 May;24(5):332-7.
64. Neville B, Damm DD, Allen CM, Bouquot J. Periodontal diseases. In: *Oral and Maxillofacial Pathology*. 2nd ed. WB Saunders Company: Philadelphia; 2002. p. 137-62.
65. O'Reilly M. Oral care of the critically ill: a review of the literature and guidelines for practice. *Aust Crit Care*. 2003 Aug;16(3):101-10.
66. Perlini NMOG, Leite MT, Furini AC. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Rev. Esc. Enferm. USP* [serial on the Internet]. 2007 June [cited 2011 Feb 15]; 41(2): 229-236. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200008&lng=en. doi: 10.1590/S0080-62342007000200008
67. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005 Apr;33(2):81-92.
68. Phoenix RD, Cagna DR, DeFreest CF. 15 Delivering the Removable Partial Denture. In: *Stewart's Clinical Removable Partial Prosthodontics*. 3rd ed. Quintessence: Carol Stream (IL); 2003. p. 431-49.
69. Portaria nº 810 de 22 de Setembro de 1989. Aprova normas e padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento dos idosos. Brasília: Ministério da Saúde, Brasil, 1989.
70. Preston AJ, Punekar S, Gosney MA. Oral care of elderly patients: nurses' knowledge and views. *Postgrad Med J*. 2000 Feb;76(892):89-91.
71. Preza D, Olsen I, Aas JÁ, Willumsen T, Grinde B, Paster BJ. Bacterial Profiles of Root Caries in Elderly Patients. *J Clin Microbiol*. 2008 Jun;46(6):2015-21.

72. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Oral health: nursing assessment and interventions [book on the Internet]. Registered Nurses' Association of Ontario: Toronto; 2008 Dec [cited 2011 Feb 10]. Available from: http://www.rnao.org/Storage/50/4488_Oral_Health-Jan9.09-web.pdf
73. Saliba NA, Moimaz SAS, Marques JAM, Prado RL. Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre saúde bucal. Interface (Botucatu) [serial on the internet]. 2007 Jan-Apr [cited 2011 Feb 15];11(21):39-50. Available from: <http://www.scielo.br /pdf/icse/v11n21a05.pdf>
74. Santos PA, Rodrigues JA, Garcia PPNS. Avaliação do conhecimento e comportamento de saúde bucal de professores de ensino fundamental da cidade de Araraquara. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê. 2003; 6(33):389-97.
75. Shimura Y, Wadachi J, Nakamura T, Mizutani H, Igarashi Y. Influence of removable partial dentures on the formation of dental plaque on abutment teeth. J Prosthodont Res. 2010 Jan;54(1):29-35. Epub 2009 Oct 8.
76. Singapore Government. Nursing Management of Oral Hygiene [book on the Internet]. Ministry of Health: Singapore; 2004 [cited 2011 Mar 18]. Available from: http://www.hpp.moh.gov.sg/HPP/MungoBlobs/848/591/oral_hygiene_CP_G_book_final.pdf
77. Slade GD, ed. Measuring oral health and quality of life [book on the Internet]. University of North Carolina, Dental Ecology: Chapel Hill (NC); 1997 [cited 2011 Feb 15]. Available from: https://arcpoh.adelaide.edu.au/publications/report/miscellaneous/pdf_files/MeasuringOralHealthAndQualityOfLife.pdf
78. Souza RF, Paranhos HFO, Silva CHL, Abu-Naba'a L, Fedorowicz Z, Gurgan CA. Interventions for cleaning dentures in adults (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2009 Oct 7;(4):CD007395.
79. Stookey GK. The effect of saliva on dental caries. J Am Dent Assoc. 2008 May;139 Suppl:11S-17S. Review.
80. Sumi Y, Miura H, Michiwaki Y, Nagaosa S, Nagaya M. Colonization of dental plaque by respiratory pathogens in dependent elderly. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2007 Mar-Apr;44(2):119-24.
81. Suzuki K, Nomur T, Sakurai M, Sugihara N, Yamanaka S, Matsukubo T. Relationship between Number of Present Teeth and Nutritional Intake in Institutionalized Elderly. Bull Tokyo Dent Coll. 2005. 46(4):135-43.

82. Svoboda JM, Dufour T. Prophylaxie des parodontopathies et hygiène buccodentaire. EMC – Dentisterie. 2004 Nov;1(4):349-60.
83. Thorne SE, Kazanjian A, MacEntee MI. Oral health in long-term care: The implications of organizational culture. Journal of Aging Studies. 2001;15(3):271-83.
84. WHO (World Health Organization). Definition of an older or elderly person. Health statistic and health information systems. [Internet]. c2011 [cited 2011 Feb 15]; Available from: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>
85. WHO (World Health Organization). Oral health in ageing societies: Integration of oral health and general health. WHO Press: Geneva, Switzerland; 2006.
86. Winkler S, Garg AK, Mekayarajjananonth T, Bakaeen LG, Khan E. Depressed taste and smell in geriatric patients. J Am Dent Assoc. 1999 Dec;130(12):1759-65.
87. Winter GB. Epidemiology of Dental Caries. Archs Oral Biol. 1990;35 Suppl:1S-7S.
88. Zhu L, Petersen PE, Wang HY, Bian JY, Zhang BX. Oral health knowledge, attitudes and behaviour of adults in China. Int Dent J. 2005 Aug;55(4):231-41.

ANEXOS

Anexo A – Questionário 1. Direcção das Instituições

Cuidados de saúde oral prestados a idosos institucionalizados

Código Instituição

INSTITUIÇÃO

I - Informações Gerais

Nome: _____

Morada/Localização: _____

Número de utentes: _____

Número de utentes a 01-05-2011: _____

Número de prestadores que trabalham na instituição (TOTAL):

Enfermeiros: _____ Ajudantes de Lar: _____

Número de prestadores que trabalham na instituição (POR TURNO):

Enfermeiros: _____ Ajudantes de Lar: _____

II – Práticas Implementadas

1. Quando o utente é admitido, é efectuado um registo da sua condição de saúde oral?

Não ☐

Sim ☐ Se sim, o que inclui? _____

2. É feita uma reavaliação regular da condição de saúde oral do utente?

Não ☐

Sim ☐ Se sim, o que inclui? _____

3. Está implementado algum protocolo de medidas de higiene oral diária a aplicar pelos cuidadores aos idosos?

Independentes Sim ☐ Não ☐

Parcialmente Dependentes Sim ☐ Não ☐

Dependentes/Acamados Sim ☐ Não ☐

4. A instituição é/foi visitada por uma equipa de profissionais de saúde oral?

Não ☐

Cuidados de saúde oral prestados a idosos institucionalizados

Sim, 1 vez ☐

Sim, regularmente ☐ Com que frequência: _____

5. Os idosos são acompanhados a visitas a profissionais de saúde oral?

Não ☐

Sim, quando apresentam queixas ☐

Sim, regularmente ☐ Com que frequência: _____

6. A instituição tem disponível alguma forma de fazer a aspiração durante os procedimentos de higiene oral dos idosos?

Não ☐

Sim ☐ Se sim, em que consiste? _____

7. O material necessário para a higiene oral diária dos idosos é da responsabilidade:

Da instituição ☐

Do idoso/familiares ☐

Anexo B – Questionário 2. Cuidadores

Cuidados de saúde oral prestados a idosos institucionalizados

Código Instituição
Nº Questionário

CUIDADORES

Este questionário é parte integrante do trabalho “Cuidados de Saúde Oral Prestados a Idosos Institucionalizados”, tese de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do aluno Bernardo Neves, sob a orientação da Professora Doutora Sofia Arantes e Oliveira.

O objectivo deste trabalho consiste em definir linhas orientadoras dos procedimentos a serem prestados aos idosos institucionalizados de forma a garantir a sua adequada saúde oral.

Estes questionários são anónimos, agradecendo que as respostas sejam tão sinceras quanto possível.

MARQUE COM X A SUA RESPOSTA

(uma só, a não ser que seja pedida mais que uma resposta)

I – Informações Gerais

1. Sexo: ☐ Masculino
☐ Feminino
2. Idade: _____
3. Função: ☐ Ajudante de Lar
☐ Enfermeiro
☐ Outro: _____
4. Escolaridade: ☐ Primário (4ª Classe)
☐ Secundário (12º Ano)
☐ Superior (discriminar curso: _____)
☐ Outro (discriminar: _____)
5. Durante a formação geral recebeu informação sobre conceitos de:

	Sim	Não	Não sei / Não me lembro
Saúde Oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene Oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterações Oraís nos Idosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuidados de saúde oral prestados a idosos institucionalizados

6. Depois de iniciar o seu trabalho de cuidador de idosos, recebeu formação específica sobre conceitos de:

	Sim	Não	Não sei / Não me lembro
Saúde Oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene Oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterações Oraís nos Idosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II – Hábitos Pessoais

- Escova os dentes?
 - ☐ Nunca
 - ☐ Às vezes
 - ☐ 1x Todos os Dias
 - ☐ 2x Todos os Dias
- Utiliza dentífrico (pasta de dentes) com flúor?
 - ☐ Sim
 - ☐ Não
 - ☐ Desconheço
- Complementa a sua higiene oral diária com:

Fio/Fita Dentário	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Escovilhão	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Elixir/Bochechos	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Palitos	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
- Quando visitou o dentista pela última vez?
 - ☐ Nunca visitei
 - ☐ Há mais de 1 ano
 - ☐ Há menos de 1 ano
 - ☐ Não me lembro
- Qual a razão que o leva a ir ao Médico Dentista?
 - ☐ Para ver se está tudo bem
 - ☐ Quando tem dor
 - ☐ Restaurar/Chumbar dente
 - ☐ Para fazer uma limpeza

Cuidados de saúde oral prestados a idosos institucionalizados

☐ Outra. Qual? _____

6. Costuma comer doces, bolachas e/ou chocolates?

☐ Nunca

☐ Às Vezes

☐ Diariamente

7. Se costuma comer, quando o faz? (PODE SELECIONAR MAIS DO QUE UMA RESPOSTA)

☐ À refeição

☐ Entre as refeições

☐ Ao deitar

8. Costuma beber bebidas açucaradas e/ou refrigerantes?

☐ Nunca

☐ Às Vezes

☐ Diariamente

9. Se costuma beber, quando o faz? (PODE SELECIONAR MAIS DO QUE UMA RESPOSTA)

☐ À refeição

☐ Entre as refeições

☐ Ao deitar

III – Saúde/Higiene Oral

1. Sabe o que é a placa bacteriana?

☐ Não

☐ Sim

2. Sabe o que é a carie dentária?

☐ Não

☐ Sim

3. Se a gengiva sangra, o que deve fazer?

☐ Deixar de escovar

☐ Ter maior cuidado com a gengiva durante a escovagem

☐ Escovar com maior frequência

Cuidados de saúde oral prestados a idosos institucionalizados

- ☐ Ir ao dentista
☐ Não sabe o que fazer

4. Para manter uma boa saúde oral indique utilizando 1 como nada importante e 5 como muito importante a sua opinião sobre os seguintes itens:

	1	2	3	4	5
a. Escovagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Fio/fita dentário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Bochecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Visitas ao Dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Alimentação saudável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Indique numa escala de 1 a 5, em que 1 representa nenhuma e 5 muita, a forma como a saúde oral influencia a saúde do idoso nos seguintes aspectos:

	1	2	3	4	5
a. Desconforto físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Escolha do tipo de alimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Capacidade de mastigar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Capacidade de engolir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Capacidade de falar com clareza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Limitação de contacto com outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Desconforto com o aspecto dos dentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Desconforto em comer à frente de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Os dentes dos idosos devem ser limpos?

- ☐ Não (PASSE À PERGUNTA 8)
☐ Às vezes
☐ 1x Todos os Dias
☐ 2x Todos os Dias
☐ Não sei (PASSE À PERGUNTA 8)

7. A limpeza dos dentes dos idosos deve ser feita com...

- ☐ O dedo
☐ A escova de dentes
☐ Uma compressa/gaze

Cuidados de saúde oral prestados a idosos institucionalizados

☐ Outro. Qual? _____

8. Em idosos com poucos ou nenhum dentes, a gengiva deve ser limpa...

☐ Não (PASSE À PERGUNTA 10)

☐ Às vezes

☐ 1x Todos os Dias

☐ 2x Todos os Dias

☐ Não sei (PASSE À PERGUNTA 10)

9. A limpeza da gengiva deve ser feita com...

☐ O dedo

☐ A escova dos dentes

☐ Uma compressa/gaze

☐ Outro. Qual? _____

10. Os utilizadores de próteses (placas) devem:

☐ Utilizá-la sempre (de dia e de noite)

☐ Tirá-la de vez em quando

☐ Tirá-la todos os dias à noite

☐ Não sei

11. No que respeita a utilização de uma solução desinfetante para a limpeza das próteses (placas/dentaduras)...

☐ Não devem ser mergulhadas em qualquer solução (PASSE À PERGUNTA 13)

☐ Devem ficar mergulhadas no desinfetante toda a noite

☐ Devem ser mergulhadas diariamente por 15 minutos

☐ Não sei (PASSAR À PERGUNTA 13)

12. Esta solução deve ser...

☐ Lixívia

☐ Produto próprio

☐ Vinagre

☐ Outro: _____

13. Quanto à escovagem das próteses, estas...

☐ Não devem ser escovadas (PASSE À PERGUNTA 15)

☐ Devem ser escovadas sempre que são tiradas

☐ Devem ser escovadas uma vez por dia

Cuidados de saúde oral prestados a idosos institucionalizados

☐ Não sei (PASSE À PERGUNTA 15)

14. A escovagem das próteses deve ser realizada com...

- ☐ A escova de dentes
☐ Uma escova específica para a prótese
☐ Não sei

15. Se a gengiva estiver vermelha ou houver queixas de dor...

- ☐ Devem deixar de usar as próteses
☐ Devem ser encaminhados a um dentista
☐ A limpeza das próteses deverá ser mais cuidadosa
☐ Outra
☐ Não sei

IV – Cuidados Prestados aos Idosos com Algum Grau de Independência

No que respeita a higiene oral dos idosos sob a sua responsabilidade:

	Sim	Não
1. Verifica que lavam diariamente a boca (dentes/gengiva)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Verifica que limpam diariamente as próteses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Observa a forma como eles lavam a boca/dentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Observa a forma como eles lavam as próteses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se o idoso estiver a fazer mal corrige ou ajuda-o?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Verifica que o idoso remove as placas à noite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Observa que escovam os dentes e/ou lavam as gengivas pelo menos duas vezes por dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Incentiva/Motiva uma higiene oral diária do idoso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Aos lanches, os idosos comem bolos, bolachas e/ou chocolates?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Entre as refeições, os idosos consomem bebidas açucaradas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V – Cuidados Prestados aos Idosos Dependentes

1. No caso específico dos idosos dependentes (acamados ou que por algum outro motivo não consigam realizar a sua higiene oral), costuma realizar a higiene oral destes?

- Não ☐ (OBRIGADO, FINAL DO QUESTIONÁRIO)
 Sim ☐ (CONTINUAR O QUESTIONÁRIO)

Cuidados de saúde oral prestados a idosos institucionalizados

2. Lava os dentes destes idosos?
 - ☐ Não (PASSE À PERGUNTA 4)
 - ☐ Às vezes
 - ☐ 1x Todos os Dias
 - ☐ 2x Todos os Dias
3. Faz a limpeza dos dentes com...
 - ☐ O dedo
 - ☐ A escova de dentes
 - ☐ Uma compressa/gaze
 - ☐ Outro. Qual? _____
4. Limpa a gengiva destes idosos...
 - ☐ Não (PASSE À PERGUNTA 6)
 - ☐ Às vezes
 - ☐ 1x Todos os Dias
 - ☐ 2x Todos os Dias
5. Faz a limpeza da gengiva com...
 - ☐ O dedo
 - ☐ A escova de dentes
 - ☐ Uma compressa/gaze
 - ☐ Outro. Qual? _____
6. No caso dos idosos acamados/dependentes que utilizam próteses (placas), como fazem o seu uso?
 - ☐ Nunca as utilizam
 - ☐ Utilizam-nas sempre (de dia e de noite)
 - ☐ Tiram-nas de vez em quando
 - ☐ Tiram-nas todos os dias à noite
7. Desinfecta as próteses (placas/dentaduras), mergulhando-a num líquido própria para o efeito?
 - ☐ Não (PASSE À PERGUNTA 9)
 - ☐ Sim, durante toda a noite
 - ☐ Sim, todos os dias 15 minutos
8. Que líquido utiliza?
 - ☐ Lixívia

Cuidados de saúde oral prestados a idosos institucionalizados

☐ Produto próprio

☐ Vinagre

☐ Outro: _____

9. Escova as próteses?

☐ Não (PASSE À PERGUNTA 11)

☐ Uma vez todos os dias

☐ Sempre que são tiradas

10. Com o que escova as próteses?

☐ A escova dos dentes

☐ Uma escova específica para a prótese

11. Utiliza algum tipo de aspiração durante os procedimentos que executa?

☐ Não

☐ Sim

Anexo C – Pedido de Autorização às Instituições

Lisboa, 11 de Abril de 2011

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionários no âmbito de um projecto de investigação sobre Cuidados de Saúde Oral Prestados a Idosos Institucionalizados.

Está presentemente a realizar-se um projecto de investigação na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa com o objectivo de definir linhas orientadoras que permitam garantir uma adequada saúde oral dos idosos institucionalizados.

Este projecto é parte integrante do trabalho da tese de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do aluno Bernardo Neves, sob a orientação da Professora Doutora Sofia Arantes e Oliveira. Este vai consistir na aplicação de um questionário (1) à direcção da instituição e (2) aos prestadores de cuidados da mesma (enfermeiros e ajudantes de lar) com o intento de estudar as práticas de Saúde Oral implementadas pelos cuidadores, em particular, e pela instituição, de uma forma geral, no dia-a-dia dos idosos.

Estes questionários serão aplicados na instituição, pelo investigador acima referido, de uma forma voluntária e anónima (1) a um membro da direcção da instituição e (2) aos prestadores de cuidados que trabalham na instituição.

Na sequência deste trabalho, o investigador acima referido disponibiliza-se para realizar uma acção de formação dirigida aos funcionários, caso seja do interesse da instituição.

Este estudo só será realizado após aprovação por parte do Conselho de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

De forma a permitir a realização do presente estudo vimos pedir a Vossa autorização para a aplicação dos questionários acima referidos.

Agradecendo desde já a Vossa colaboração.

Atentamente,

Bernardo Neves

bernardomsneves@gmail.com/917606957

Aluno do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária
Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Anexo D – Dados Recolhidos

Nas **páginas 52 a 62** encontram-se reproduzidas as tabelas com os dados recolhidos através da aplicação dos questionários aos cuidadores (**Anexo B**).

- Na primeira coluna das tabelas encontra-se o número de ordem do questionário, facilitando a leitura dos dados de uma mesma resposta mesmo que em páginas distintas.
- Na primeira linha figura um código referente à questão correspondente à resposta sob a forma de: um número romano, referente à secção do questionário; um número árabe, referente ao número da questão dentro da secção; e uma letra minúscula referente às diferentes alíneas avaliadas numa mesma pergunta (que, por não estarem numeradas no questionário, foram atribuídas sequencialmente).

As respostas das inquiridas às questões **III-1.** e **III-2.** encontram-se transcritas na **página 63.**

ID	Instituição	Nº	I-1.	I-2.	I-3.	I-4.	I-5.a.	I-5.b	I-5.c	I-6.a.
1	Lar da Santa Casa	1	Feminino	49	Ajudante de Lar	Secundário (12º Ano) e Outro	Sim	Sim	Sim	Sim
2	Lar da Santa Casa	2	Feminino	53	Ajudante de Lar	Secundário (9º Ano)	Não	Não	Não	Sim
3	Lar da Santa Casa	3	Feminino	42	Ajudante de Lar	Secundário (9º Ano)	Não	Não	Não	Sim
4	Lar da Santa Casa	4	Feminino	53	Ajudante de Lar	Secundário (12º Ano)	Sim	Sim	Sim	Sim
5	Lar da Santa Casa	5	Feminino	43	Ajudante de Lar	Secundário (12º Ano)	Não	Não	Não	Sim
6	Lar da Santa Casa	6	Feminino	29	Enfermeiro	Superior	Sim	Sim	Sim	Não
7	Lar da Santa Casa	7	Feminino	58	Ajudante de Lar	Secundário (9º Ano)	Não	Não	Não	Sim
8	Lar da Santa Casa	8	Feminino	25	Ajudante de Lar	Secundário (12º Ano)	Não sei	Não sei	Não sei	Sim
9	Lar da Santa Casa	9	Feminino	51	Ajudante de Lar	Secundário (9º Ano)	Não	Não	Não	Sim
10	Lar da Santa Casa	10	Feminino	48	Ajudante de Lar	Primário (4º Classe)	Não	Não	Não	Sim
11	Lar da Santa Casa	11	Feminino	48	Ajudante de Lar	Primário (4º Classe)	Não sei	Não sei	Não sei	Não
12	Lar da Santa Casa	12	Feminino	35	Ajudante de Lar	Secundário (9º Ano)	Não	Não	Não	Não
13	Lar da Santa Casa	13	Feminino	45	Ajudante de Lar	Secundário (12º Ano)	Sim	Sim	Sim	Sim
14	Lar da Santa Casa	14	Feminino	50	Ajudante de Lar	Primário (4º Classe)	Não	Não	Não	Não
15	Lar de Solidariedade Social	1	Feminino	40	Ajudante de Lar	Primário (4º Classe)	Não sei	Sim	Não sei	Sim
16	Lar de Solidariedade Social	2	Feminino	39	Ajudante de Lar	Primário (4º Classe)	Não sei	Não sei	Não sei	Sim
17	Lar de Solidariedade Social	3	Feminino	47	Ajudante de Lar	Secundário (9º Ano)	Sim	Sim	Não sei	Sim
18	Lar de Solidariedade Social	4	Feminino	30	Ajudante de Lar	Secundário (12º Ano)	Sim	Sim	Sim	Não
19	Lar de Solidariedade Social	5	Feminino	54	Ajudante de Lar	Primário (4º Classe)	Sim	Sim	Não	Sim
20	Lar de Solidariedade Social	6	Feminino	44	Enfermeiro	Superior	Sim	Sim	Sim	Sim
21	Lar de Solidariedade Social	7	Feminino	62	Ajudante de Lar	Primário (4º Classe)	Não	Não	Não	Sim
22	Lar de Solidariedade Social	8	Feminino	46	Ajudante de Lar	Primário (4º Classe)	Não	Não	Não	Sim
23	Lar de Solidariedade Social	9	Feminino	44	Ajudante de Lar	Primário (4º Classe)	Não sei	Não sei	Não sei	Sim
24	Lar de Solidariedade Social	10	Feminino	62	Ajudante de Lar	Primário (4ª Classe) e Outro	Não	Não	Não	Sim
25	Lar Particular 1	1	Feminino	54	Ajudante de Lar	Secundário (9º Ano)	Não	Sim	Não	Não
26	Lar Particular 1	2	Feminino	34	Ajudante de Lar	Secundário (9º Ano)	Sim	Sim	Não	Não
27	Lar Particular 1	3	Feminino	63	Ajudante de Lar	Secundário (12º Ano)	Não	Não	Não	Sim
28	Lar Particular 1	4	Feminino	43	Ajudante de Lar	Secundário (9º Ano)	Não	Não	Não	Sim
29	Lar Particular 1	5	Feminino	50	Ajudante de Lar	Secundário (9º Ano)	Sim	Sim	Não	Não
30	Lar Particular 1	6	Feminino	45	Ajudante de Lar	Secundário (9º Ano)	Não	Não	Não	Não
31	Lar Particular 1	7	Feminino	26	Ajudante de Lar	Secundário (9º Ano)	Sim	Sim	Não	Não
32	Lar Particular 1	8	Feminino	40	Ajudante de Lar	Secundário (12º Ano) e Outro	Sim	Sim	Não	Sim
33	Lar Particular 1	9	Feminino	36	Outra	Superior	Não	Não	Não	Não
34	Lar Particular 1	10	Feminino	50	Ajudante de Lar	Secundário (9º Ano)	Não sei	Não sei	Não sei	Não
35	Lar Particular 1	11	Feminino	45	Ajudante de Lar	Secundário (9º Ano)	Não	Não	Não	Não
36	Lar Particular 1	12	Feminino	51	Ajudante de Lar	Secundário (9º Ano)	Sim	Sim	Não	Não
37	Lar Particular 1	13	Feminino	51	Ajudante de Lar	Secundário (9º Ano)	Não	Não	Não	Não
38	Lar Particular 1	14	Feminino	42	Ajudante de Lar	Secundário (12º Ano)	Sim	Sim	Não	Não

ID	I-6.b	I-6.c	II-1.	II-2.	II-3.a.	II-3.b.	II-3.c.	II-3.d.	II-4.	II-5.
1	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Sim	Não	Não	Não	Não	Há menos de 1 ano	Para ver se está tudo bem
2	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Sim	Não	Não	Sim	Não	Há mais de 1 ano	Quando tem dor
3	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não me lembro	Arranjar um dente
4	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Sim	Sim	Não	Não	Não	Há menos de 1 ano	Quando tem dor
5	Sim	Não	2 ou mais vezes por dia	Sim	Não	Não	Não	Não	Há mais de 1 ano	Fazer uma limpeza
6	Não	Não	2 ou mais vezes por dia	Sim	Não	Não	Sim	Não	Há mais de 1 ano	Fazer uma limpeza
7	Sim	Não sei	2 ou mais vezes por dia	Sim	Não	Não	Sim	Não	Há menos de 1 ano	Para ver se está tudo bem
8	Sim	Não sei	2 ou mais vezes por dia	Sim	Não	Não	Sim	Não	Há menos de 1 ano	Para ver se está tudo bem
9	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Sim	Não	Não	Sim	Não	Há mais de 1 ano	Outra
10	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Sim	Não	Não	Sim	Não	Há mais de 1 ano	Quando tem dor
11	Não	Não	2 ou mais vezes por dia	Sim	Não	Não	Não	Não	Há mais de 1 ano	Quando tem dor
12	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Há menos de 1 ano	Fazer uma limpeza
13	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Há menos de 1 ano	Fazer uma limpeza
14	Não	Não	2 ou mais vezes por dia	Não	Não	Não	Sim	Não	Há mais de 1 ano	Quando tem dor
15	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Sim	Não	Não	Sim	Não	Há mais de 1 ano	Quando tem dor
16	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Sim	Não	Não	Sim	Não	Há mais de 1 ano	Quando tem dor
17	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Não	Não	Sim	Sim	Não	Há mais de 1 ano	Quando tem dor
18	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Sim	Não	Não	Não	Sim	Há mais de 1 ano	Fazer uma limpeza
19	Sim	Não	1 vez por Dia	Sim	Não	Não	Não	Sim	Há mais de 1 ano	Quando tem dor
20	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Sim	Sim	Não	Não	Não	Há menos de 1 ano	Para ver se está tudo bem
21	Sim	Não	2 ou mais vezes por dia	Sim	Não	Não	Sim	Não	Há mais de 1 ano	Arranjar um dente
22	Sim	Não sei	1 vez por Dia	Sim	Não	Não	Sim	Não	Há menos de 1 ano	Quando tem dor
23	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Sim	Não	Não	Sim	Não	Há mais de 1 ano	Arranjar um dente
24	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Sim	Não	Não	Sim	Não	Há menos de 1 ano	Quando tem dor
25	Não	Não	2 ou mais vezes por dia	Sim	Sim	Não	Não	Não	Há menos de 1 ano	Para ver se está tudo bem
26	Não	Não	2 ou mais vezes por dia	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Há menos de 1 ano	Fazer uma limpeza
27	Sim	Não	2 ou mais vezes por dia	Sim	Não	Não	Sim	Não	Há menos de 1 ano	Outra
28	Sim	Não	2 ou mais vezes por dia	Sim	Não	Não	Sim	Não	Há mais de 1 ano	Quando tem dor
29	Não	Não	2 ou mais vezes por dia	Sim	Sim	Não	Não	Não	Há menos de 1 ano	Fazer uma limpeza
30	Não	Não	2 ou mais vezes por dia	Sim	Não	Não	Sim	Não	Há mais de 1 ano	Quando tem dor
31	Não	Não	2 ou mais vezes por dia	Sim	Não	Não	Sim	Não	Há menos de 1 ano	Arranjar um dente
32	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Não sei	Não	Não	Sim	Não	Há menos de 1 ano	Quando tem dor
33	Não	Não	2 ou mais vezes por dia	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Há mais de 1 ano	Fazer uma limpeza
34	Não	Não	2 ou mais vezes por dia	Sim	Não	Não	Sim	Não	Há menos de 1 ano	Para ver se está tudo bem
35	Não	Não	2 ou mais vezes por dia	Sim	Não	Não	Sim	Não	Há mais de 1 ano	Arranjar um dente
36	Não	Não	2 ou mais vezes por dia	Sim	Não	Não	Sim	Não	Há menos de 1 ano	Quando tem dor
37	Não	Não	2 ou mais vezes por dia	Sim	Não	Não	Sim	Não	Há mais de 1 ano	Quando tem dor
38	Não	Não	2 ou mais vezes por dia	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Há menos de 1 ano	Fazer uma limpeza

ID	II-6.	II-7.	II-8.	II-9.	III-1.	III-2.
1	Não		Não		Sim	Sim
2	Às vezes	Entre as refeições	Não		Sim	Sim
3	Diariamente	Entre as refeições	Não		Sim	Sim
4	Às vezes	Entre as refeições	Não		Sim	Sim
5	Às vezes	Entre as refeições	Às vezes	À refeição	Não	Sim
6	Às vezes	Entre as refeições	Às vezes	À refeição	Sim	Sim
7	Não		Não		Sim	Sim
8	Não		Não		Sim	Sim
9	Às vezes	Entre as refeições	Não		Sim	Sim
10	Não		Não		Sim	Sim
11	Às vezes	Entre as refeições	Não		Sim	Sim
12	Não		Não		Não	Sim
13	Às vezes	À refeição	Não		Não	Sim
14	Não		Às vezes	Entre as refeições	Sim	Sim
15	Às vezes	À e entre as refeições e ao deitar	Diariamente	À refeição	Sim	Sim
16	Às vezes	Entre as refeições	Às vezes	À refeição	Não	Não
17	Diariamente	Entre as refeições	Não		Sim	Sim
18	Diariamente	À e entre as refeições e ao deitar	Diariamente	À refeição	Sim	Sim
19	Às vezes	À e entre as refeições	Não		Não	Sim
20	Às vezes	Entre as refeições	Diariamente	À refeição	Sim	Sim
21	Às vezes	À e entre as refeições	Não		Sim	Sim
22	Às vezes	À e entre as refeições	Diariamente	À refeição	Não	Sim
23	Às vezes	Entre as refeições	Às vezes	À refeição	Não	Sim
24	Às vezes	À e entre as refeições	Não		Sim	Não
25	Às vezes	Entre as refeições	Não		Sim	Sim
26	Às vezes	Entre as refeições	Diariamente	À e entre as refeições e ao deitar	Sim	Sim
27	Às vezes	Entre as refeições	Às vezes	À e entre as refeições	Sim	Sim
28	Não		Diariamente	À refeição	Sim	Sim
29	Não		Não		Sim	Sim
30	Não		Não		Sim	Não
31	Às vezes	Entre as refeições	Não		Não	Sim
32	Às vezes	À e entre as refeições	Diariamente	À refeição	Sim	Sim
33	Às vezes	À e entre as refeições	Não		Sim	Sim
34	Às vezes	Entre as refeições	Não		Não	Sim
35	Às vezes	À e entre as refeições	Não		Sim	Sim
36	Às vezes	Entre as refeições	Às vezes	Entre as refeições	Sim	Não
37	Diariamente	Entre as refeições	Não		Sim	Sim
38	Às vezes	Entre as refeições	Às vezes	À refeição	Sim	Sim

ID	III-3.	III.4.a.	III.4.b.	III.4.c.	III.4.d.	III.4.e.
1	Ir ao dentista	4	1	4	5	5
2	Deixar de escovar e ir ao dentista	4	4	3	5	5
3	Deixar de escovar	5	5	5	5	5
4	Escovar com maior frequência	5	5	3	5	5
5	Ter mais cuidado com a gengiva na escovagem	5	4	5	5	5
6	Ter mais cuidado com a gengiva, escovar com mais frequência e ir ao dentista	5	4	4	5	5
7	Ter mais cuidado com a gengiva na escovagem	5	3	4	5	4
8	Ter mais cuidado com a gengiva e ir ao dentista	5	4	5	5	5
9	Deixar de escovar	5	4	5	5	5
10	Ir ao dentista	5	5	5	5	5
11	Não sei	5	3	3	5	5
12	Ter mais cuidado com a gengiva e ir ao dentista	5	5	4	5	5
13	Ter mais cuidado com a gengiva, escovar com mais frequência e ir ao dentista	5	5	5	5	5
14	Ir ao dentista	5	1	5	5	5
15	Ter mais cuidado com a gengiva e ir ao dentista	4	4	3	4	4
16	Ir ao dentista	5	4	5	5	5
17	Ter mais cuidado com a gengiva e ir ao dentista	5	4	4	5	5
18	Ir ao dentista	4	3	2	2	5
19	Deixar de escovar	3	3	4	5	5
20	Ter mais cuidado com a gengiva e ir ao dentista	5	5	5	5	5
21	Não sei	5	2	5	5	5
22	Ter mais cuidado com a gengiva na escovagem	3	1	4	5	4
23	Escovar com maior frequência	5	5	5	5	5
24	Deixar de escovar e ir ao dentista	5	1	5	5	5
25	Ter mais cuidado com a gengiva e ir ao dentista	5	5	4	5	5
26	Ter mais cuidado com a gengiva na escovagem	5	5	5	5	5
27	Ter mais cuidado com a gengiva na escovagem	5	1	5	5	5
28	Ter mais cuidado com a gengiva e ir ao dentista	5	5	5	5	5
29	Ir ao dentista	5	5	1	4	5
30	Ter mais cuidado com a gengiva na escovagem	5	1	5	5	5
31	Ir ao dentista	5	1	5	5	5
32	Não sei	5	3	4	5	5
33	Ir ao dentista	5	5	5	5	5
34	Não sei	5	5	5	5	5
35	Deixar de escovar e ir ao dentista	5	4	5	5	5
36	Não sei	5	3	5	5	5
37	Ter mais cuidado com a gengiva na escovagem	5	3	3	5	5
38	Ir ao dentista	5	5	5	5	5

ID	III.5.a.	III.5.b.	III.5.c.	III.5.d.	III.5.e.	III.5.f.	III.5.g.	III.5.h.	III.6.	III.7.
1	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	1 vez por dia	Escova de Dentes
2	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
3	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
4	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
5	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
6	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
7	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
8	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
9	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
10	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
11	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
12	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
13	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
14	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
15	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
16	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze
17	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
18	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
19	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
20	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
21	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
22	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
23	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
24	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
25	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
26	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
27	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
28	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
29	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
30	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
31	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
32	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
33	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
34	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
35	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
36	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
37	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
38	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes

ID	III-8.	III-9.	III-10.	III-11.	III-12.
1	1 vez por dia	Compressa e Bochecho	Tirá-la todos os dias à noite	A noite toda	Produto Próprio
2	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	Utilizá-las sempre (dia e noite)	A noite toda	Produto Próprio
3	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze	Tirá-la todos os dias à noite	A noite toda	Produto Próprio
4	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	Não sei	15 minutos por dia	Produto Próprio
5	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze	Tirá-la todos os dias à noite	15 minutos por dia	Produto Próprio
6	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze	Tirá-la todos os dias à noite	15 minutos por dia	Produto Próprio
7	2 ou mais vezes por dia	Dedo	Tirá-la todos os dias à noite	A noite toda	Produto Próprio
8	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	Tirá-la todos os dias à noite	A noite toda	Produto Próprio
9	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze	Não sei	A noite toda	Produto Próprio
10	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	Não sei	A noite toda	Produto Próprio
11	2 ou mais vezes por dia	Bochecho	Tirá-la todos os dias à noite	A noite toda	Água
12	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze	Tirá-la todos os dias à noite	A noite toda	Produto Próprio
13	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze	Tirá-la todos os dias à noite	A noite toda	Produto Próprio
14	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze	Tirá-la todos os dias à noite	15 minutos por dia	Produto Próprio
15	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze	Tirá-la todos os dias à noite	A noite toda	Produto Próprio
16	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze	Tirá-la todos os dias à noite	A noite toda	Produto Próprio
17	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze	Tirá-la todos os dias à noite	15 minutos por dia	Produto Próprio
18	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	Tirá-la todos os dias à noite	A noite toda	Produto Próprio ou Água
19	1 vez por dia	Compressa/Gaze	Tirá-la todos os dias à noite	A noite toda	Produto Próprio ou Água
20	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze	Tirá-la todos os dias à noite	A noite toda	Produto Próprio ou Água
21	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	Tirá-la todos os dias à noite	A noite toda	Produto Próprio
22	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze	Tirá-la todos os dias à noite	15 minutos por dia	Lixívia
23	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze	Tirá-la todos os dias à noite	A noite toda	Água
24	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze	Utilizá-las sempre (dia e noite)	15 minutos por dia	Lixívia
25	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze	Tirá-la todos os dias à noite	Não sei	9
26	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze	Tirá-la todos os dias à noite	A noite toda	Produto Próprio
27	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze	Tirá-la todos os dias à noite	A noite toda	Elixir
28	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze	Tirá-la todos os dias à noite	A noite toda	Produto Próprio
29	2 ou mais vezes por dia	Dedo	Tirá-la todos os dias à noite	Não sei	9
30	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze	Tirá-la todos os dias à noite	A noite toda	Produto Próprio
31	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze	Tirá-la todos os dias à noite	A noite toda	Produto Próprio
32	2 ou mais vezes por dia	Bochecho	Tirá-la todos os dias à noite	A noite toda	Produto Próprio
33	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	Tirá-la todos os dias à noite	A noite toda	Produto Próprio
34	2 ou mais vezes por dia	Mouth Swab	Tirá-la todos os dias à noite	A noite toda	Produto Próprio
35	2 ou mais vezes por dia	Bochecho	Tirá-la todos os dias à noite	A noite toda	Elixir
36	2 ou mais vezes por dia	Bochecho	Tirá-la todos os dias à noite	Não sei	9
37	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	Tirá-la todos os dias à noite	A noite toda	Produto Próprio
38	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze	Tirá-la todos os dias à noite	A noite toda	Produto Próprio

ID	III-13.	III-14.
1	Sempre que são tiradas	Uma escova específica para a prótese
2	Sempre que são tiradas	A escova de dentes do idoso
3	Sempre que são tiradas	A escova de dentes do idoso
4	Sempre que são tiradas	Uma escova específica para a prótese
5	Sempre que são tiradas	A escova de dentes do idoso
6	Sempre que são tiradas	Uma escova específica para a prótese
7	Sempre que são tiradas	A escova de dentes do idoso
8	Sempre que são tiradas	Uma escova específica para a prótese
9	Sempre que são tiradas	Uma escova específica para a prótese
10	Sempre que são tiradas	A escova de dentes do idoso
11	Sempre que são tiradas	A escova de dentes do idoso
12	Sempre que são tiradas	A escova de dentes do idoso
13	Sempre que são tiradas	Uma escova específica para a prótese
14	Uma vez por dia	Uma escova específica para a prótese
15	Uma vez por dia	A escova de dentes do idoso
16	Sempre que são tiradas	A escova de dentes do idoso
17	Sempre que são tiradas	Uma escova específica para a prótese
18	Sempre que são tiradas	A escova de dentes do idoso
19	Uma vez por dia	A escova de dentes do idoso
20	Sempre que são tiradas	A escova de dentes do idoso
21	Sempre que são tiradas	Uma escova específica para a prótese
22	Sempre que são tiradas	Uma escova específica para a prótese
23	Sempre que são tiradas	A escova de dentes do idoso
24	Sempre que são tiradas	A escova de dentes do idoso
25	Uma vez por dia	Não sei
26	Sempre que são tiradas	A escova de dentes do idoso
27	Sempre que são tiradas	A escova de dentes do idoso
28	Sempre que são tiradas	A escova de dentes do idoso
29	Sempre que são tiradas	A escova de dentes do idoso
30	Sempre que são tiradas	A escova de dentes do idoso
31	Sempre que são tiradas	A escova de dentes do idoso
32	Sempre que são tiradas	A escova de dentes do idoso
33	Sempre que são tiradas	Uma escova específica para a prótese
34	Sempre que são tiradas	Uma escova específica para a prótese
35	Sempre que são tiradas	Uma escova específica para a prótese
36	Sempre que são tiradas	A escova de dentes do idoso
37	Sempre que são tiradas	Uma escova específica para a prótese
38	Sempre que são tiradas	A escova de dentes do idoso

ID	III-15.	IV-1.	IV-2.	IV-3.	IV-4.	IV-5.	IV-6.
1	Deve ser encaminhado a um dentista	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não
2	Deve deixar de usar as próteses e ser encaminhado a um dentista"	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não
3	Deve deixar de usar as próteses e ser encaminhado a um dentista"	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não
4	Deve ser encaminhado a um dentista	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
5	Deve ser encaminhado a um dentista	Não	Não	Não	Não	Não	Sim
6	Deve ser encaminhado a um dentista	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
7	Deve ser encaminhado a um dentista	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
8	A higiene das próteses deve ser mais cuidadosa	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
9	Deve deixar de usar as próteses e ser encaminhado a um dentista"	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim
10	Deve ser encaminhado a um dentista	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
11	Deve ser encaminhado a um dentista	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não
12	Deve deixar de usar as próteses e ser encaminhado a um dentista"	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
13	Deve ser encaminhado a um dentista	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
14	Deve ser encaminhado a um dentista	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim
15	Deve deixar de usar as próteses	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
16	Deve deixar de usar as próteses	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
17	Deve ter uma higiene das próteses mais cuidadosa e ser encaminhado a um dentista	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
18	Deve deixar de usar as próteses e ser encaminhado a um dentista"	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
19	Deve ser encaminhado a um dentista	Não	Não	Não	Não	Não	Sim
20	Deve deixar de usar as próteses e ser encaminhado a um dentista"	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
21	Deve ser encaminhado a um dentista	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
22	Deve ser encaminhado a um dentista	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim
23	Deve ser encaminhado a um dentista	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
24	Deve ter uma higiene das próteses mais cuidadosa e ser encaminhado a um dentista	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não
25	Deve deixar de usar as próteses	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
26	Deve deixar de usar as próteses	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
27	Deve ser encaminhado a um dentista	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
28	Deve ser encaminhado a um dentista	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
29	Deve ser encaminhado a um dentista	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
30	Deve ser encaminhado a um dentista	Não	Não	Não	Não	Sim	Não
31	Deve ser encaminhado a um dentista	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
32	Deve deixar de usar as próteses	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
33	Deve ser encaminhado a um dentista	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim
34	Deve ter uma higiene das próteses mais cuidadosa e ser encaminhado a um dentista	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
35	Deve ser encaminhado a um dentista	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim
36	Deve deixar de usar as próteses	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
37	Deve ter uma higiene das próteses mais cuidadosa e ser encaminhado a um dentista	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
38	Deve ser encaminhado a um dentista	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

ID	IV-7.	IV-8.	IV-9.	IV-10.	V-1.	V-2.	V-3.	V-4.	V-5.
1	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze
2	Sim	Sim	Não	Não	Sim	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze
3	Não	Sim	Não	Não	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze
4	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	1 vez por dia	Escova de Dentes	1 vez por dia	Compressa/Gaze
5	Sim	Sim	Sim	Não	Não				
6	Sim	Sim	Não	Não	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze
7	Sim	Sim	Não	Não	Sim	1 vez por dia	Escova de Dentes	1 vez por dia	Dedo
8	Sim	Sim	Não	Não	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
9	Sim	Sim	Não	Não	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze
10	Sim	Sim	Não	Não	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze
11	Não	Sim	Não	Não	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	2 ou mais vezes por dia	Bochechos
12	Sim	Sim	Não	Não	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze
13	Sim	Sim	Não	Não	Sim	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze
14	Não	Sim	Não	Não	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze
15	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze
16	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze
17	Não	Não	Não	Não	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze
18	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	1 vez por dia	Escova de Dentes	1 vez por dia	Escova de Dentes
19	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	1 vez por dia	Escova de Dentes	1 vez por dia	Compressa/Gaze
20	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	1 vez por dia	Escova de Dentes	1 vez por dia	Compressa/Gaze
21	Sim	Sim	Não	Não	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze
22	Sim	Não	Não	Não	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze
23	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze
24	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	Às vezes	Compressa/Gaze
25	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze
26	Não	Sim	Sim	Não	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze
27	Não	Sim	Não	Não	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze
28	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze
29	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze
30	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não		Não	
31	Sim	Sim	Não	Não	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze
32	Sim	Sim	Não	Não	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze
33	Sim	Sim	Sim	Não	Não				
34	Sim	Sim	Não	Não	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
35	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	2 ou mais vezes por dia	Compressa/Gaze
36	Sim	Sim	Não	Não	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	2 ou mais vezes por dia	Bochechos
37	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes
38	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	2 ou mais vezes por dia	Escova de Dentes	Às vezes	Bochechos

ID	V-6.	V-7.	V-8.	V-9.
1	Tiram-nas todos os dias à noite	Sim, durante toda a noite	Produto Próprio ou Água	Sempre que são tiradas
2	Nunca as utilizam	Sim, durante toda a noite	Produto Próprio	Sempre que são tiradas
3	Tiram-nas todos os dias à noite	Não	Produto Próprio	Sempre que são tiradas
4	Tiram-nas todos os dias à noite	Sim, durante toda a noite	Produto Próprio	Sempre que são tiradas
5				
6	Tiram-nas todos os dias à noite	Sim, todos os dias 15 minutos	Produto Próprio	Sempre que são tiradas
7	Nunca as utilizam	Sim, durante toda a noite	Água	Sempre que são tiradas
8	Tiram-nas todos os dias à noite	Sim, durante toda a noite	Produto Próprio	Sempre que são tiradas
9	Tiram-nas todos os dias à noite	Sim, durante toda a noite	Elixir	Sempre que são tiradas
10	Utilizam-nas sempre (dia e noite)	Sim, durante toda a noite	Desinfetante	Sempre que são tiradas
11	Tiram-nas todos os dias à noite	Sim, todos os dias 15 minutos	Produto Próprio	Sempre que são tiradas
12	Tiram-nas todos os dias à noite	Sim, durante toda a noite	Produto Próprio	Sempre que são tiradas
13	Tiram-nas todos os dias à noite	Sim, durante toda a noite	Produto Próprio	Sempre que são tiradas
14	Nunca as utilizam	Sim, durante toda a noite	Produto Próprio	Uma vez todos os dias
15	Tiram-nas todos os dias à noite	Sim, durante toda a noite	Produto Próprio	Uma vez todos os dias
16	Tiram-nas todos os dias à noite	Sim, durante toda a noite	Produto Próprio	Sempre que são tiradas
17	Tiram-nas todos os dias à noite	Sim, todos os dias 15 minutos	Produto Próprio	Sempre que são tiradas
18	Tiram-nas todos os dias à noite	Sim, durante toda a noite	Produto Próprio	Uma vez todos os dias
19	Tiram-nas todos os dias à noite	Sim, durante toda a noite	Produto Próprio ou Água	Sempre que são tiradas
20	Tiram-nas todos os dias à noite	Sim, durante toda a noite	Produto Próprio ou Água	Sempre que são tiradas
21	Tiram-nas todos os dias à noite	Sim, durante toda a noite	Produto Próprio	Sempre que são tiradas
22	Tiram-nas todos os dias à noite	Sim, durante toda a noite	Produto Próprio	Sempre que são tiradas
23	Tiram-nas todos os dias à noite	Sim, durante toda a noite	Água	Sempre que são tiradas
24	Tiram-nas todos os dias à noite	Sim, durante toda a noite	Desinfetante	Sempre que são tiradas
25	Tiram-nas todos os dias à noite	Sim, durante toda a noite	Elixir	Uma vez todos os dias
26	Tiram-nas todos os dias à noite	Sim, durante toda a noite	Produto Próprio	Uma vez todos os dias
27	Nunca as utilizam	Sim, durante toda a noite	Produto Próprio	Uma vez todos os dias
28	Tiram-nas todos os dias à noite	Sim, durante toda a noite	Produto Próprio	Sempre que são tiradas
29	Tiram-nas todos os dias à noite	Sim, durante toda a noite	Elixir	Sempre que são tiradas
30	Tiram-nas todos os dias à noite	Sim, durante toda a noite	Produto Próprio ou Água	Sempre que são tiradas
31	Tiram-nas todos os dias à noite	Sim, durante toda a noite	Produto Próprio	Sempre que são tiradas
32	Tiram-nas todos os dias à noite	Sim, durante toda a noite	Produto Próprio	Sempre que são tiradas
33				
34	Tiram-nas todos os dias à noite	Sim, durante toda a noite	Produto Próprio	Sempre que são tiradas
35	Tiram-nas todos os dias à noite	Sim, durante toda a noite	Elixir	Sempre que são tiradas
36	Nunca as utilizam	Não		Sempre que são tiradas
37	Tiram-nas todos os dias à noite	Sim, durante toda a noite	Produto Próprio	Sempre que são tiradas
38	Tiram-nas todos os dias à noite	Sim, durante toda a noite	Produto Próprio	Sempre que são tiradas

ID	V-10.	V-11.
1	Uma escova específica para a prótese	Não
2	A escova de dentes do idoso	Não
3	A escova de dentes do idoso	Não
4	A escova de dentes do idoso	Não
5		
6	A escova de dentes do idoso	Não
7	A escova de dentes do idoso	Não
8	A escova de dentes do idoso	Não
9	Uma escova específica para a prótese	Não
10	A escova de dentes do idoso	Não
11	A escova de dentes do idoso	Não
12	A escova de dentes do idoso	Não
13	A escova de dentes do idoso	Não
14	A escova de dentes do idoso	Não
15	A escova de dentes do idoso	Não
16	A escova de dentes do idoso	Não
17	A escova de dentes do idoso	Não
18	A escova de dentes do idoso	Não
19	A escova de dentes do idoso	Não
20	A escova de dentes do idoso	Não
21	A escova de dentes do idoso	Não
22	A escova de dentes do idoso	Não
23	A escova de dentes do idoso	Não
24	A escova de dentes do idoso	Não
25	A escova de dentes do idoso	Não
26	A escova de dentes do idoso	Não
27	A escova de dentes do idoso	Não
28	A escova de dentes do idoso	Não
29	A escova de dentes do idoso	Não
30	A escova de dentes do idoso	Não
31	A escova de dentes do idoso	Não
32	A escova de dentes do idoso	Não
33		
34	A escova de dentes do idoso	Não
35	Uma escova específica para a prótese	Não
36	A escova de dentes do idoso	Não
37	A escova de dentes do idoso	Não
38	A escova de dentes do idoso	Não

Respostas às questões III-1. E III-2 do questionário aos cuidadores.

ID	III-1. Placa Bacteriana	III-2. Cárie Dentária
1	Película que se forma sobre os dentes	Bichinho que provoca as cavidades que se não cuidadas alastram
2	Bactérias que se acumulam na gengiva	Desgaste do dente
3	Aquela coisa que se forma que parece uma pedra	Quando o dente começa a ficar maltratado
4	Falta de escovagem	Sujidade que fica no dente- Destrói o esmalte e continua
5	NÃO SABE	O que fica entre os dentes
6	Resulta da acção das bactérias que se vão acumulando (restos alimentares que permitem o desenvolvimento bacteriano)	Resultado da acção das bactérias que desgastam os dentes
7	Sujidade nos dentes	Buraquinhos nos dentes
8	Placa escura que se forma entre os dentes	Coisas pretas nos dentes
9	Comida que se aloja nos dentes	Parece pedra que se aloja nos dentes
10	O que se fixa aos dentes ou às dentaduras e vai ficando amarelo	De comer muitos doces
11	O que se instala nos dentes (resíduos)	Dentes doentes
12	NÃO SABE	Dentes escuros
13	NÃO SABE	Falta de higiene
14	Pedra amarela que aparece nos dentes	Buraquinhos que dão dores
15	O que fica por fora, a pedrinha	Quando os dentes estão mal lavados e ficamos com pedra
16	NÃO SABE	NÃO SABE
17	Sombra no dente tipo amarelado	Onde está o negro. Não está partido mas está negro
18	Quando fica com micróbios na boca	Quando fica amarelo.(quem não lava os dentes, quem fuma, quem bebe bebidas frias)
19	NÃO SABE	Relva amarela à volta dos dentes
20	Placa amarelada que se acumula nos dentes e gengiva e causa inflamação	Manchas e buracos nos dentes (cavidades)
21	O que se agarra aos dentes, amarelo	Os dentes descarnados
22	NÃO SABE	Coisinhas pretas
23	NÃO SABE	Dentes a ficar com doenças e precisam ser tratados
24	O que se agarra aos dentes e faz tártaro	NÃO SABE
25	Pasta que fica agarrada na boca	O que faz os buracos e preto nos dentes
26	Bichinhos na boca	Quando começam a apodrecer os dentes. Manchas amarelas
27	O que arranja problemas dentários	Buraquinhos nos dentes
28	O que se ganha à volta dos dentes	O que os dentes apanham e começam a ficar amarelos e pretos
29	Aquilo que quando lavamos sangra	O que fica preto e dói nos dentes
30	Pessoa não escova, acumula comida, micróbios	NÃO SABE
31	NÃO SABE	Pedrinhas à volta do dente
32	Adesivo amarelado entre os dentes, bactérias	Dentes que se começam a partir e a ficar podres
33	Bactérias que se instalam nos dentes	Provocada por bactérias que se instalam no dente
34	NÃO SABE	O que fica entre as gengivas e os dentes
35	Parte do dente que está junto à gengiva	Dente estragado, sem vida
36	Quando se passa a língua sente-se qualquer coisa a mais	NÃO SABE
37	A placa que se forma nos dentes (resíduos)	Coisinhas pretas, buracos
38	O que fica entre os dentes	O que fica entre os dentes

Anexo E – Figuras e Tabelas

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Ocupação e Vagas dos lares avaliados	66
Figura 2: Conceitos abordados durante a formação geral	67
Figura 3: Conceitos abordados durante formações desde o início da actividade profissional como cuidador de idosos	68
Figura 4: Métodos complementares de higiene oral do cuidador.....	69
Figura 5: Tempo decorrido desde a última visita do cuidador ao dentista.....	70
Figura 6: Motivo para o cuidador consultar um Médico Dentista	70
Figura 7: Respostas à questão "Sabe o que é a Placa Bacteriana?"	71
Figura 8: Respostas à questão "Sabe o que é a Carie Dentária?"	72
Figura 9: Respostas à pergunta "O que fazer se a gengiva sangra?".....	73
Figura 10: Importância de 5 factores na manutenção de uma adequada Saúde Oral....	74
Figura 11: Factores da Saúde Geral do Idosos que são afectados pela Saúde Oral (OHRQoL).....	74
Figura 12: Quais os cuidados que os cuidadores têm com os idosos parcialmente dependentes	75
Figura 13: Consumo de alimentos cariogénicos por parte dos idosos sob o cuidado dos cuidadores.....	76

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos questionários aos cuidadores por instituição e função	66
Tabela 2: Distribuição do grau de escolaridade das ajudantes de lar por instituição	66
Tabela 3: Correção dos procedimentos de higiene oral vs. observação de como os idosos realizam os procedimentos de higiene oral	77
Tabela 4: Correção dos procedimentos de higiene oral vs. observação de como os idosos lavam as próteses.....	77

Figura 1: Ocupação e Vagas dos lares avaliados

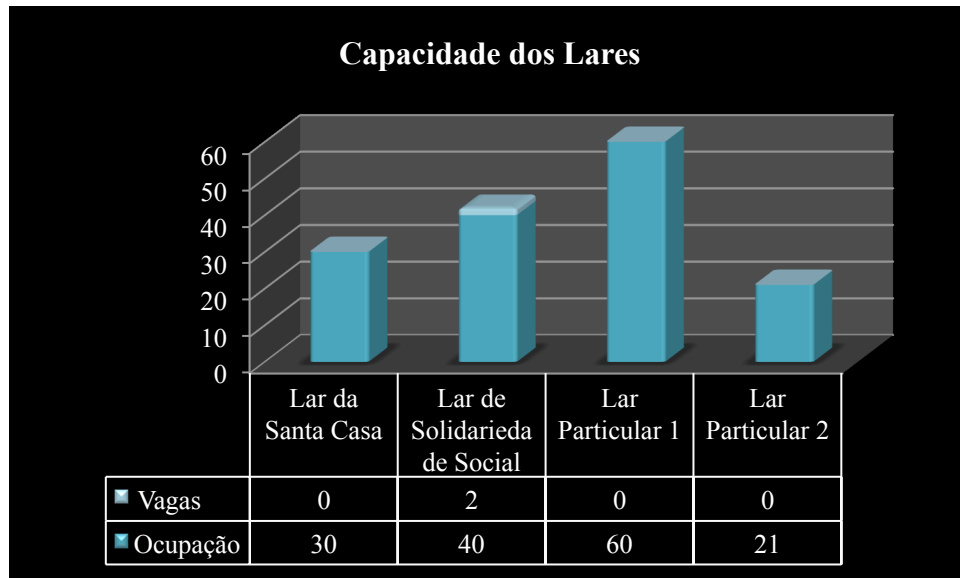


Tabela 1: Distribuição dos questionários aos cuidadores por instituição e função

	Ajudante de Lar	Enfermeiro	Direcção Técnica	Total
Lar da Santa Casa	13	1	0	0
Lar de Solidariedade Social	9	1	0	10
Lar Particular 1	13	0	1	14
Lar Particular 2	0	0	0	0
Total	35	2	1	38

Tabela 2: Distribuição do grau de escolaridade das ajudantes de lar por instituição

	Primária (4ª Classe)	Secundário (9º Ano)	Secundário (12º Ano)	Total
Lar da Santa Casa	3 (23%)	5 (38,5%)	5 (38,5%)	13
Lar de Solidariedade Social	7 (78%)	1 (11%)	1 (11%)	9
Lar Particular 1	0 (0%)	10 (77%)	3 (23%)	13
Total	10 (28,6%)	16 (45,7%)	9 (25,7%)	35

Figura 2: Conceitos abordados durante a formação geral

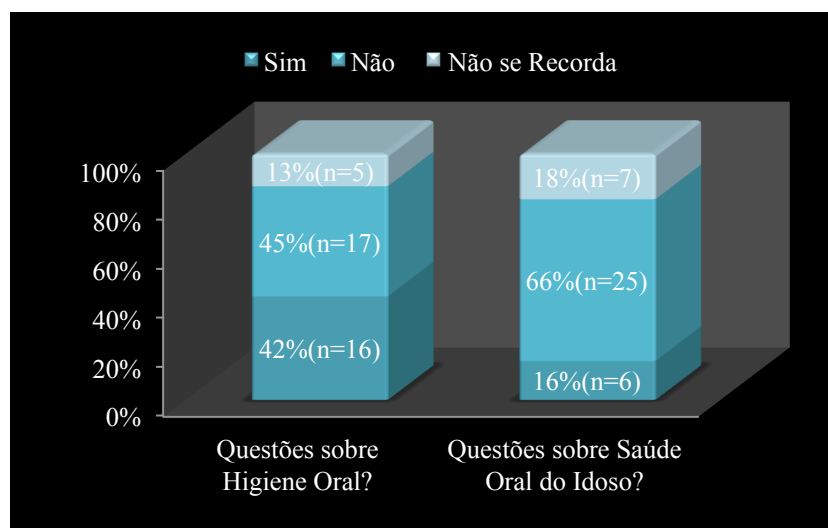
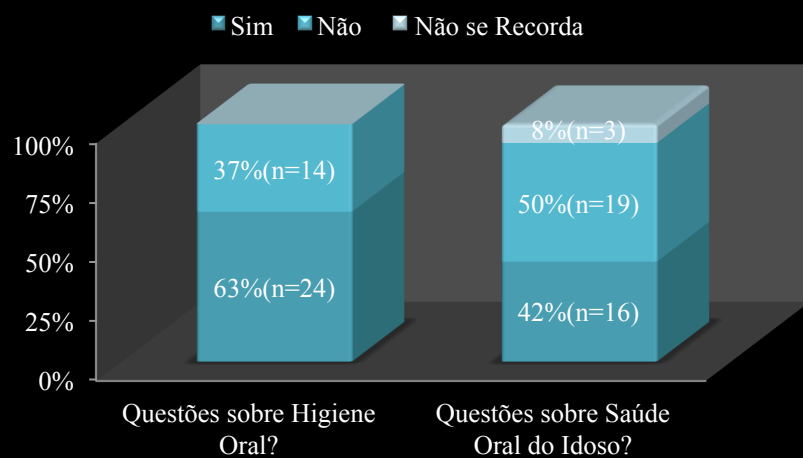
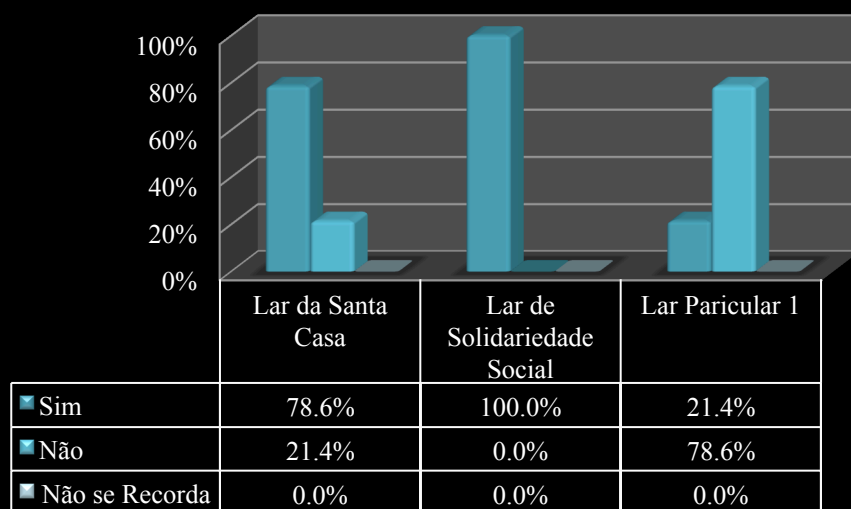


Figura 3: Conceitos abordados durante formações desde o início da actividade profissional como cuidador de idosos



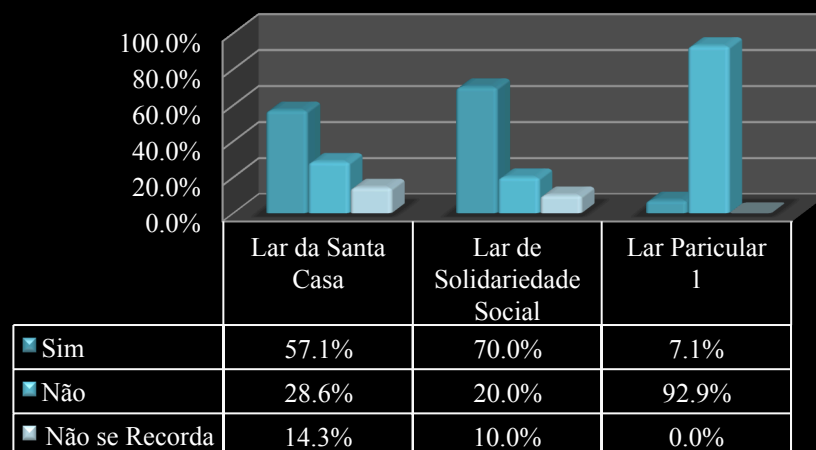
a

Questões de Higiene Oral



b

Questões de Saúde Oral do Idoso



c

Figura 4: Métodos complementares de higiene oral do cuidador

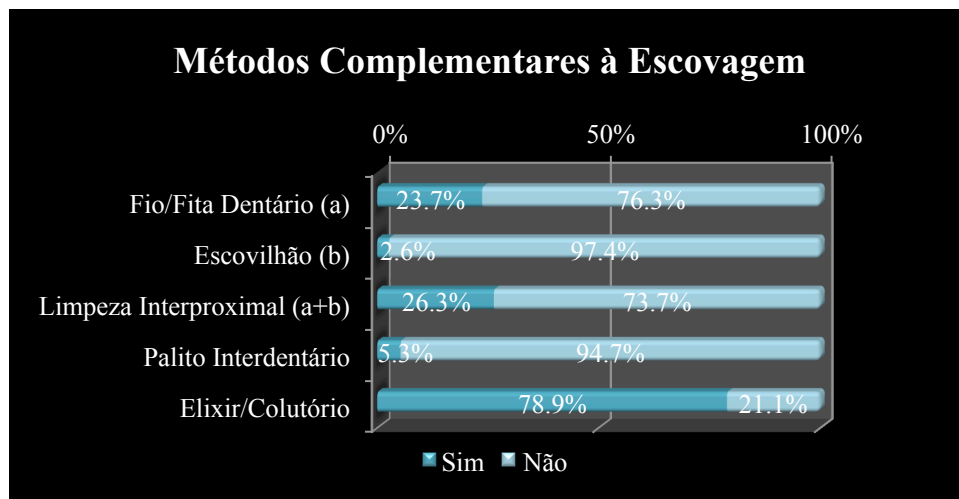


Figura 5: Tempo decorrido desde a última visita do cuidador ao dentista

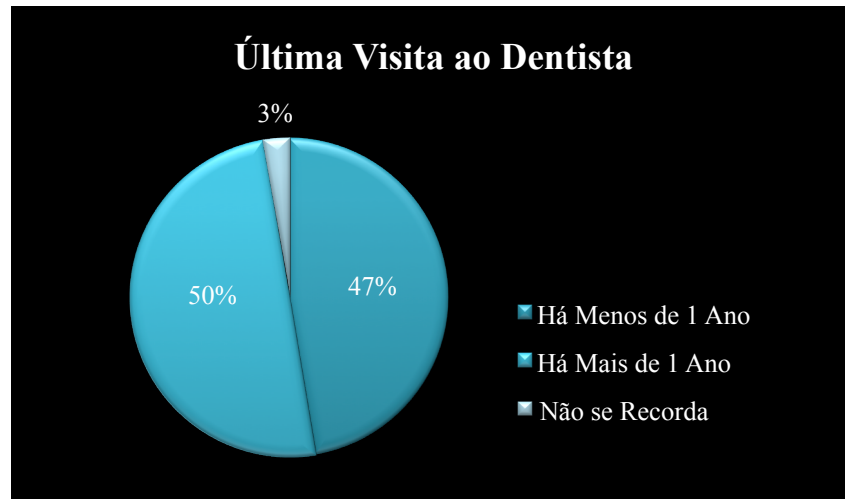


Figura 6: Motivo para o cuidador consultar um Médico Dentista

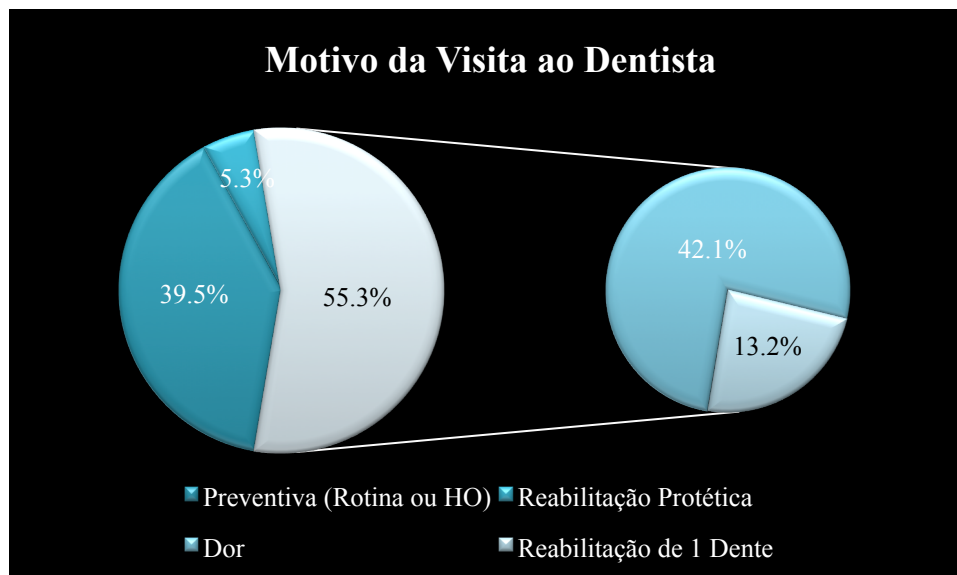


Figura 7: Respostas à questão "Sabe o que é a Placa Bacteriana?"

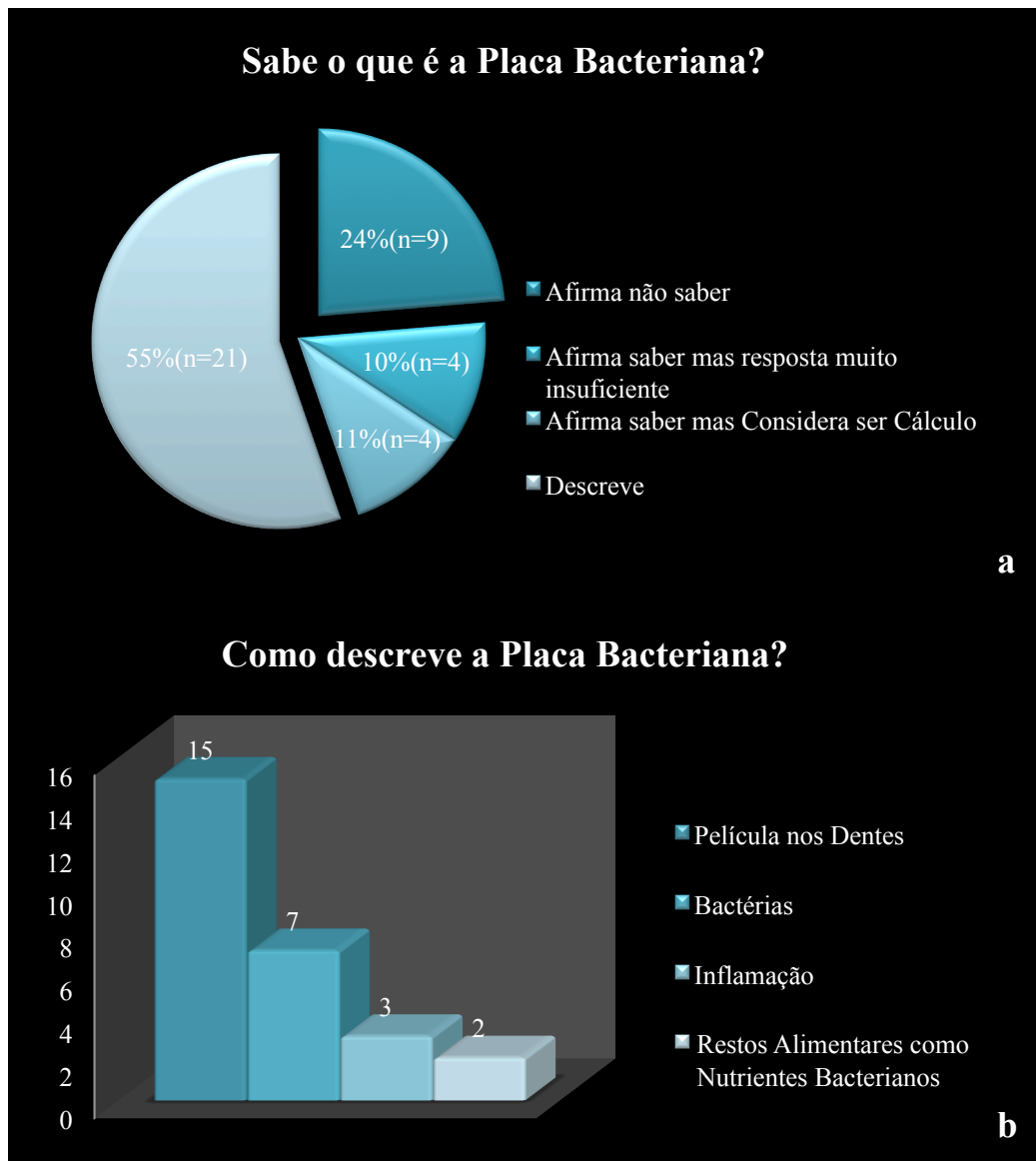


Figura 8: Respostas à questão "Sabe o que é a Carie Dentária?"

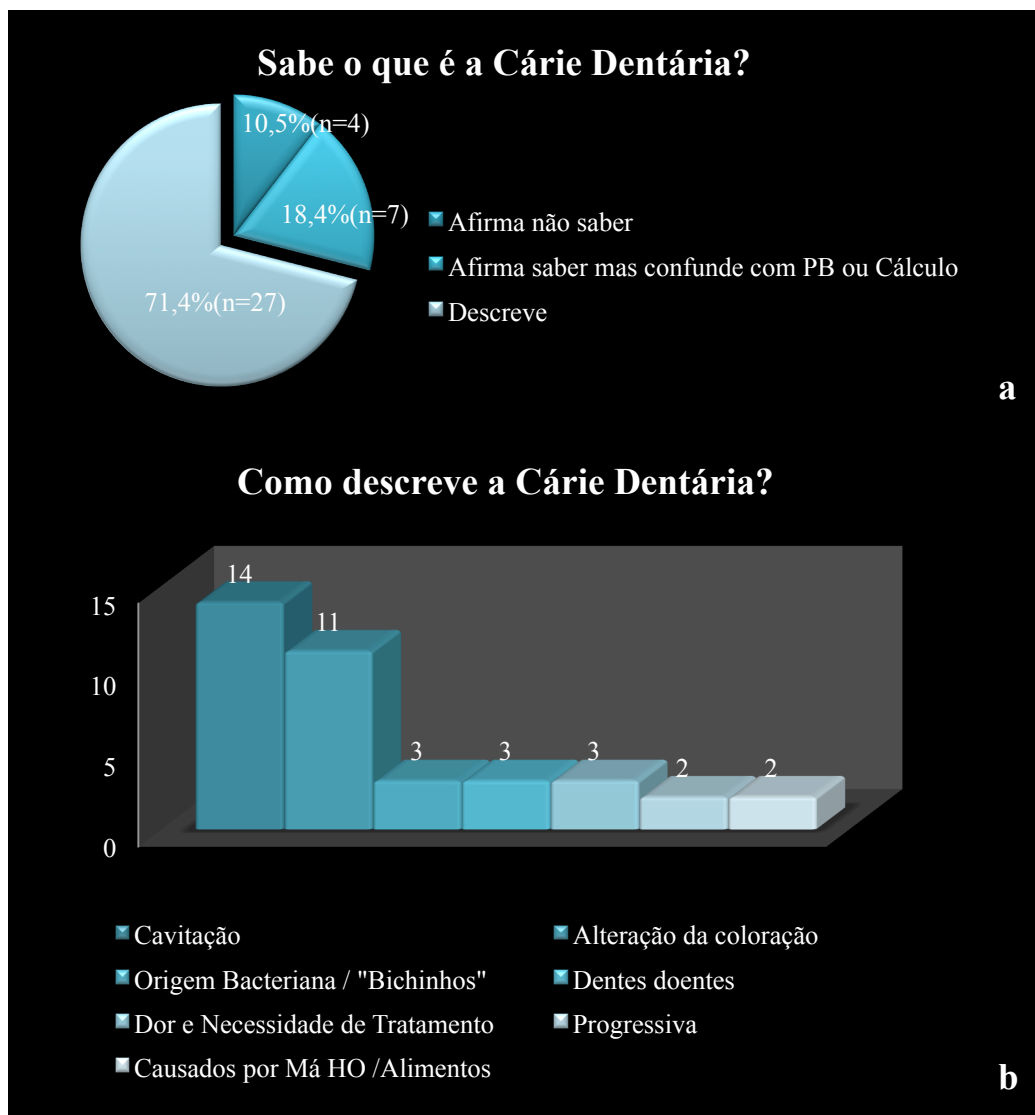


Figura 9: Respostas à pergunta "O que fazer se a gengiva sangra?"

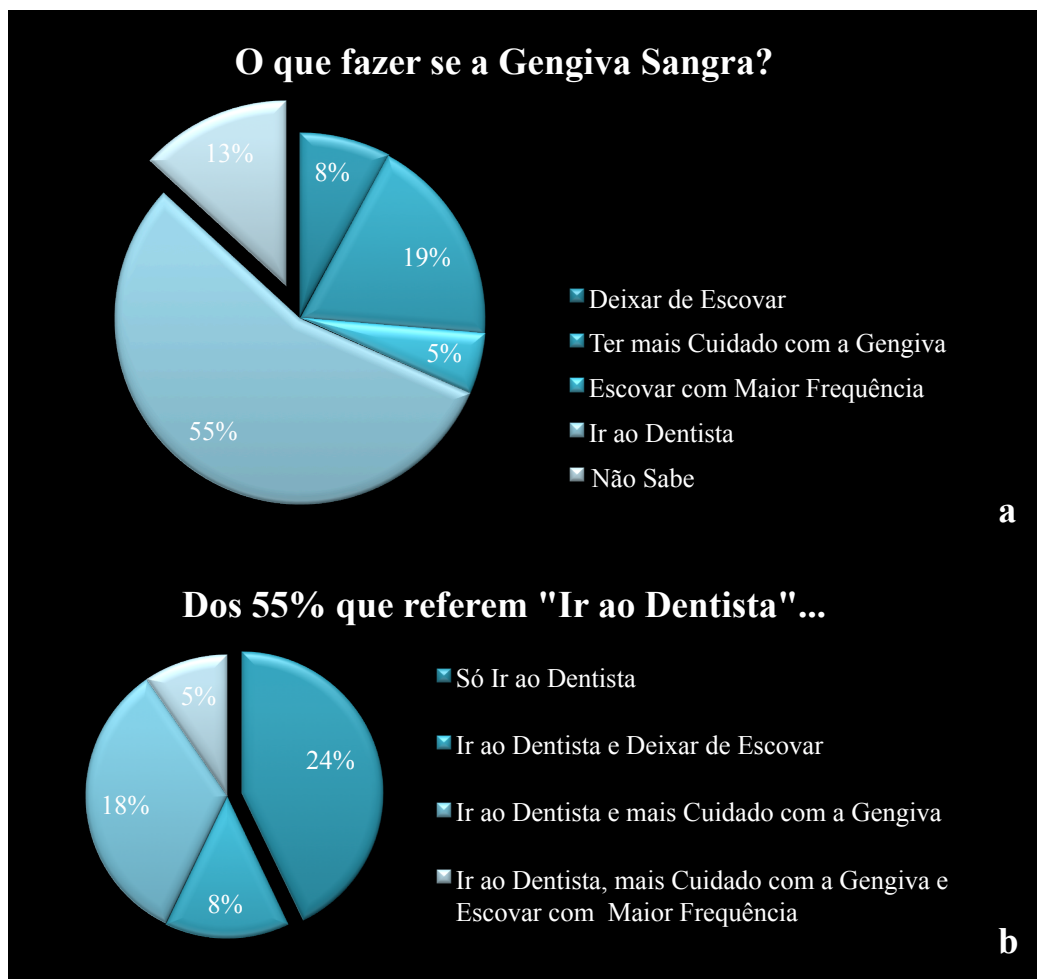


Figura 10: Importância de 5 factores na manutenção de uma adequada Saúde Oral

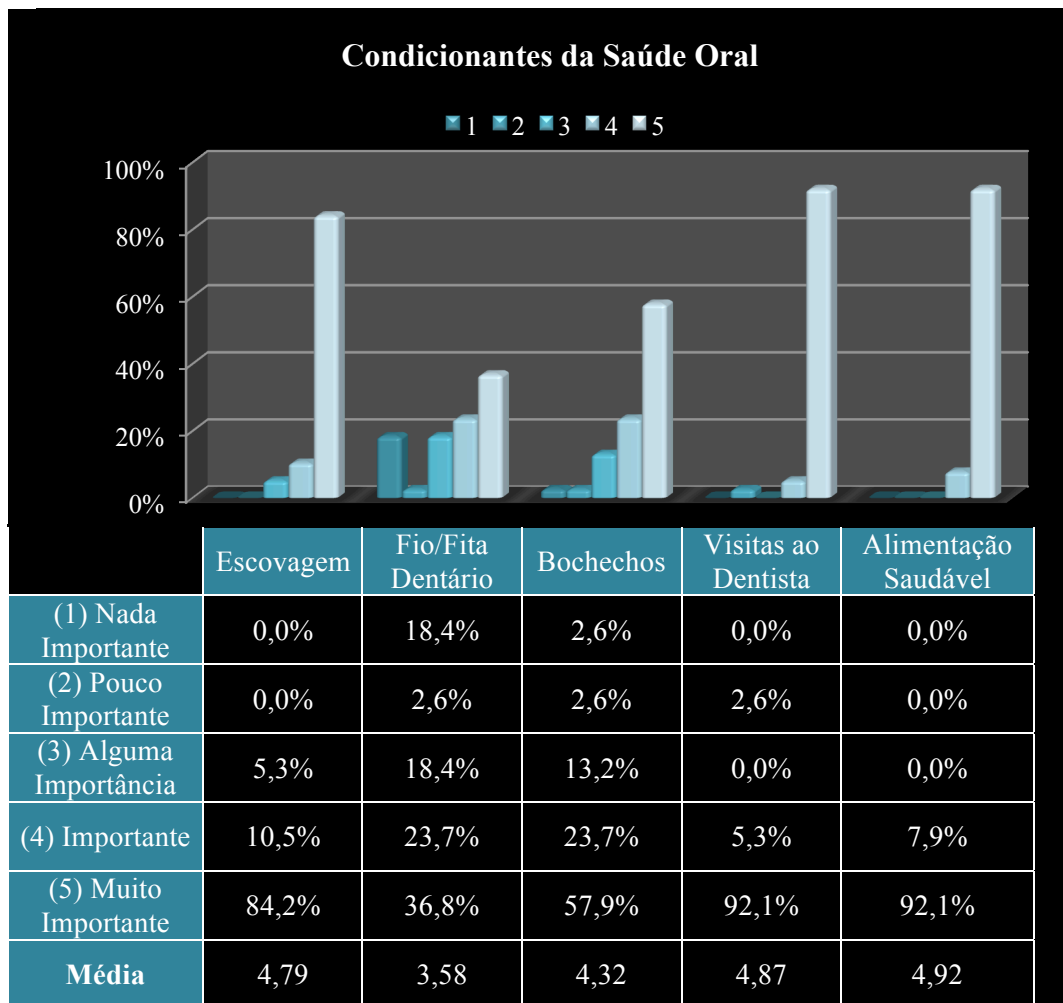


Figura 11: Factores da Saúde Geral do Idosos que são afectados pela Saúde Oral (OHRQoL)

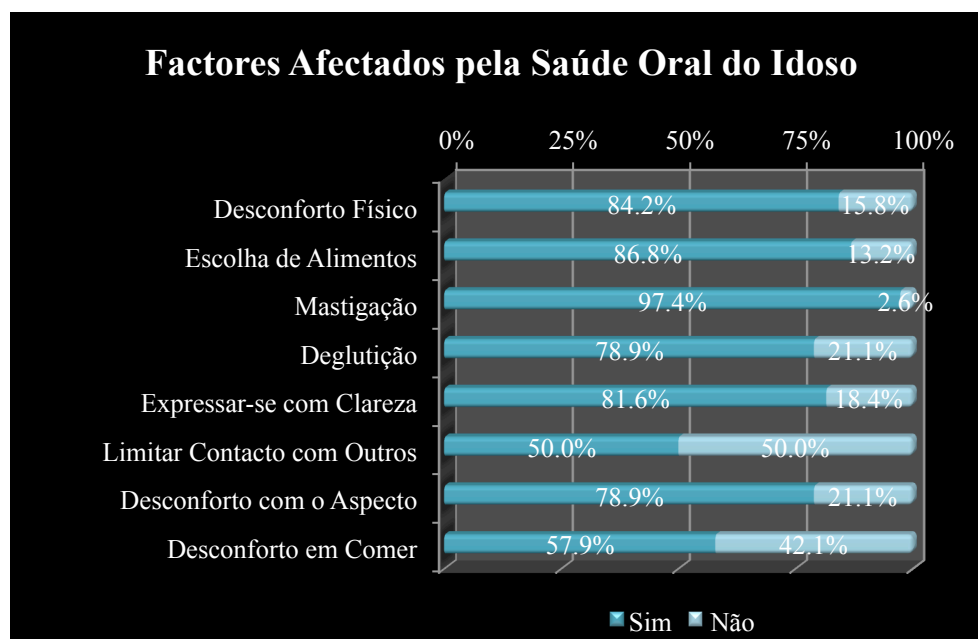


Figura 12: Quais os cuidados que os cuidadores têm com os idosos parcialmente dependentes

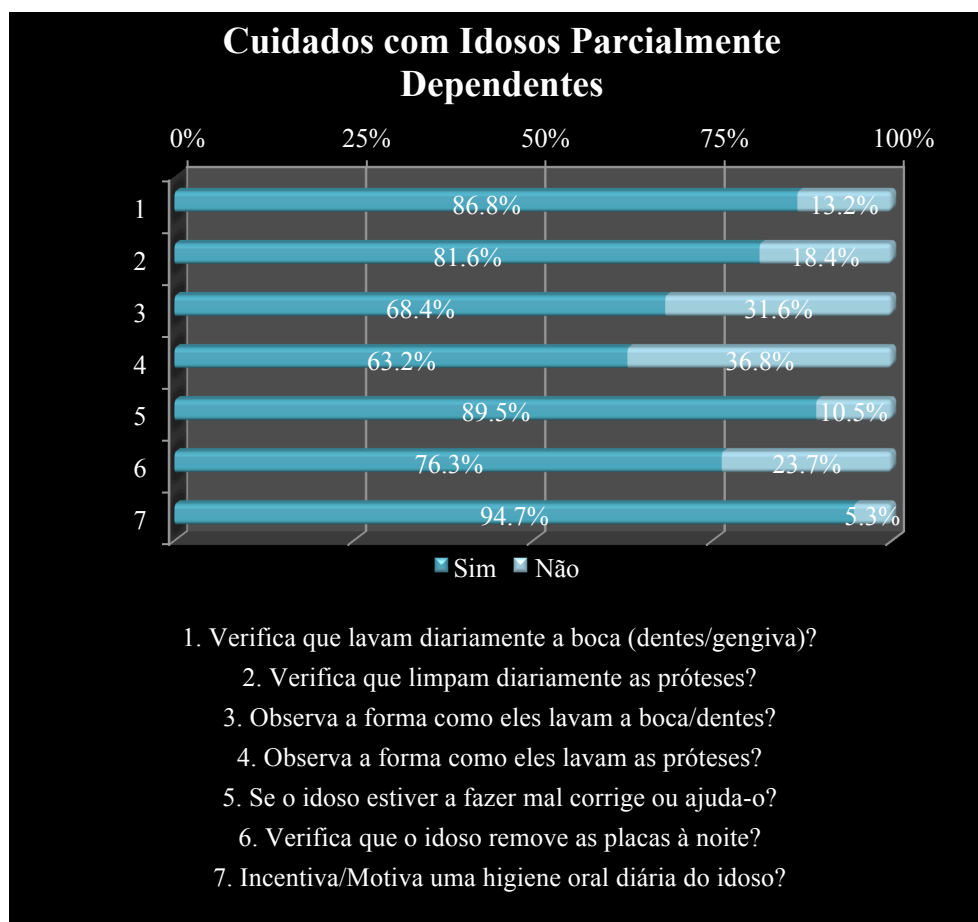


Figura 13: Consumo de alimentos cariogénicos por parte dos idosos sob o cuidado dos cuidadores.

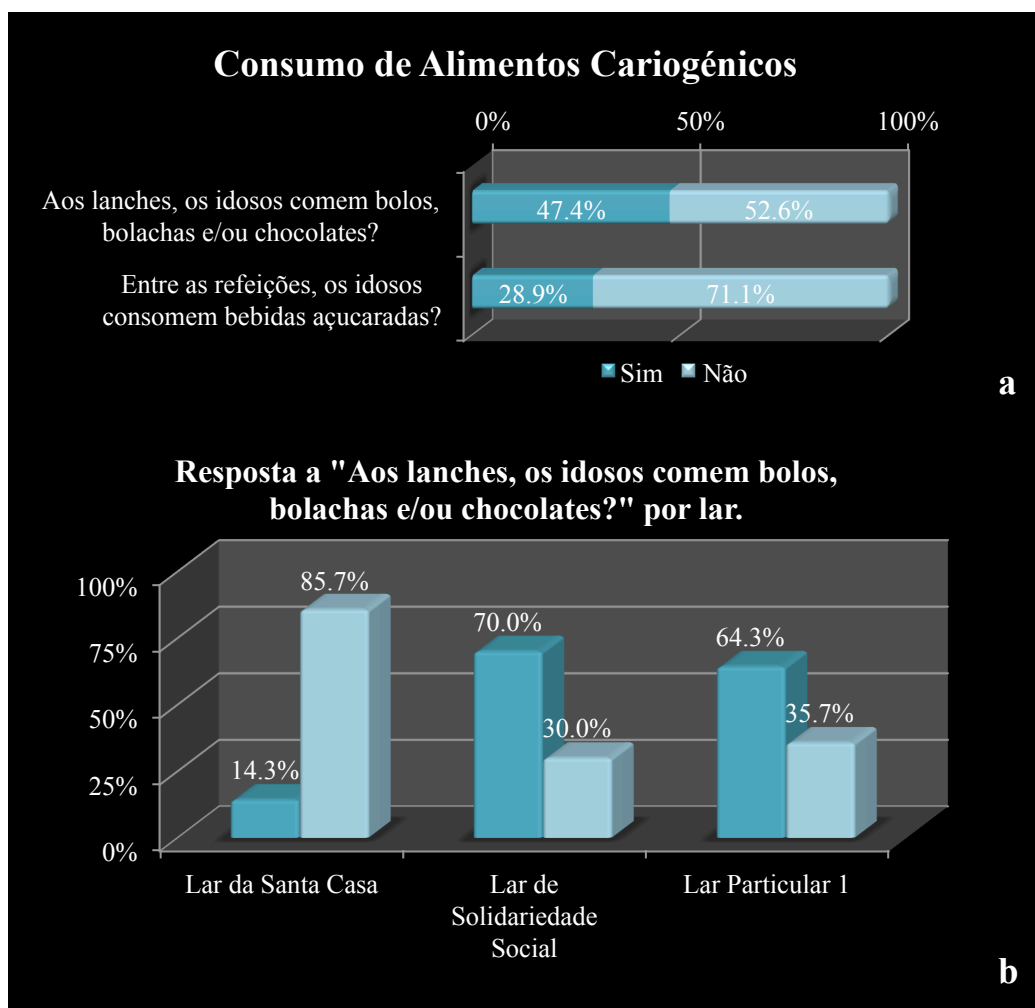


Tabela 3: Correção dos procedimentos de higiene oral vs. observação de como os idosos realizam os procedimentos de higiene oral

		Se o idoso estiver a fazer mal, ajuda e/ou corrige?		Total
		Sim	Não	
Observa a forma como lavam a boca (dentes/gengiva)?	Sim	25	1	26
	Não	9	3	12
	Total	34	4	38

Tabela 4: Correção dos procedimentos de higiene oral vs. observação de como os idosos lavam as próteses

		Se o idoso estiver a fazer mal, ajuda e/ou corrige?		Total
		Sim	Não	
Observa a forma como lavam as próteses?	Sim	23	1	26
	Não	11	3	12
	Total	34	4	38